



BACHELORARBEIT

Frau
Jana Wasinger

**Kritische Analyse des
Zertifizierungsprozesses am
Praxisbeispiel der
Rehabilitationsklinik der
Berufsgenossenschaftlichen
Unfallklinik Ludwigshafen**

2012

BACHELORARBEIT

Kritische Analyse des Zertifizierungsprozesses am Praxisbeispiel der Rehabilitationsklinik der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen

Autorin:

Frau Jana Wasinger

Studiengang:

Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:

GM09w2-B

Erstprüfer:

Prof. Dr. Ludwig Hilmer

Zweitprüfer:

Dr. Uwe Hoppe, MBA

Einreichung:

Ludwigshafen, den 23.07.2012

BACHELOR THESIS

A critical analysis of the certification process at the rehabilitation clinic of the Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen - a practise example

author:

Ms. Jana Wasinger

course of studies:

health management

seminar group:

GM09w2-B

first examiner:

Prof. Dr. Ludwig Hilmer

second examiner:

Dr. Uwe Hoppe, MBA

submission:

Ludwigshafen, 23/07/2012

Bibliografische Angaben

Wasinger, Jana

Kritische Analyse des Zertifizierungsprozesses der Rehabilitationsklinik der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen

A critical analysis of the certification process at the rehabilitation clinic of the Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen - a practise example

71 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2012

Abstract

„Wenn es einen Weg gibt, etwas besser zu machen, finde ihn.“ (Thomas A. Edison)

Ziel der medizinischen Versorgung ist eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Patientenversorgung auf hohem Niveau. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden ist eine kontinuierliche Beobachtung und Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen sowie der Umsetzung sich daraus ergebender Konsequenzen von Nöten. Zusammengeführt werden all diese Aspekte in einem Qualitätsmanagementsystem.

In der folgenden Arbeit wird die Überprüfung des Systems der Rehabilitationsklinik an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen kritisch analysiert. Zu diesem Zweck wird der gesamte Zertifizierungsprozess von Beginn der Vorbereitungen bis hin zur tatsächlichen Visitation betrachtet.

Die Fragestellungen werden auf Grundlage aktueller Fachliteratur und den Erfahrungen durch die Arbeit an der Klinik diskutiert. Expertengespräche stellen eine ergänzende Informationsquelle dar.

Im Ergebnis wird deutlich, dass das Qualitätsmanagementsystem der BGU-LU bereits gut strukturiert gewesen ist und während des begleiteten Zertifizierungsprozesses eine positive Entwicklung durchlebt hat. Der grundlegende QM-Gedanke der kontinuierlichen Verbesserung konnte in der Unternehmensstruktur weiter gefestigt werden, was zu einem gelebten QM-System führte.

Künftig gilt es diese Weiterentwicklung aufrechtzuhalten und auf die gesamte Klinik auszuweiten.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	IX
Vorwort	X
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit	2
1.3 Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit	3
2 Grundbegriffe des Qualitätsmanagements	4
2.1 Der Qualitätsbegriff	4
2.2 Definition des Begriffs Qualitätsmanagement.....	5
2.3 Qualitätsmodell nach Donabedian.....	5
2.4 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	7
2.5 Total-Quality-Management.....	10
2.6 Strukturen und Prozesse des Qualitätsmanagementsystems in der BGU-LU 11	
3 Notwendigkeit einer Zertifizierung der stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation	14
4 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ).....	16
4.1 Entscheidung der BGU-LU für KTQ-Reha.....	17
4.2 Das KTQ-Modell	18
4.2.1 Bewertungssystematik	20
4.2.2 Verfahrensablauf des KTQ-Verfahrens	21
4.3 KTQ-Berichtsformen	24
4.3.1 KTQ-Selbstbewertungsbericht	24
4.3.2 KTQ-Qualitätsbericht.....	26
4.3.3 KTQ-Visitationsbericht	26
4.4 Fremdbewertung.....	27
5 Zertifizierungsprozess der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen	28
5.1 Vorbereitungen	28

5.1.1	Zielfindung und Abschluss der geplanten Projekte	28
5.1.2	Interne Audits.....	32
5.1.3	Kommunikation im Rahmen der Zertifizierung.....	33
5.1.4	Schulung der Mitarbeiter	35
5.1.5	Probevisitation	37
5.2	Visitation	39
6	Kritische Analyse und Nutzen für die Zukunft	42
6.1	Wirksamkeit der Organisationsstruktur.....	42
6.2	Führungsstil des QM-Teams	49
6.3	Entscheidung des Zertifizierungsverfahrens nach KTQ-Reha	58
6.4	Arbeitsaufwand der Vorbereitungen auf die Zertifizierung	61
6.5	Entscheidung für einen externen Berater	63
6.6	Nutzen für die Zukunft.....	66
7	Fazit.....	70
	Literaturverzeichnis	XI
	Anlagen.....	XV
	Eigenständigkeitserklärung	XXII

Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BGU-LU	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen
DIN	Deutsches Institut für Normierung e.V.
DQS	Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
ISO	International Organization for Standardization
KPI	Key performance indicators
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
PB	Prozessbeschreibung
PDCA	Plan, Do, Check, Act
QA	Qualitätsausschuss
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter
QMH	Qualitätsmanagementhandbuch
REHA	Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung
Reha	Rehabilitation

SGB	Sozialgesetzbuch
TQM	Total-Quality-Management

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das KTQ-Modell	19
Abbildung 2: Ablauf des KTQ-Verfahrens vor der Zertifizierung	21
Abbildung 3: Arbeitsteilung und Arbeitsvereinigung.....	45
Abbildung 4: Formale und informale Aspekte des >Beziehungs-Eisbergs<	51
Abbildung 5: Die >Bedürfnispyramide< nach Maslow	57

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit ist im Zeitraum von April bis Juli 2012 an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen entstanden. Das Thema der Arbeit resultierte aus den Erfahrungen und Anregungen meines Praktikums im Qualitätsmanagement der Klinik und befasst sich mit der kritischen Analyse des Zertifizierungsprozesses der Rehabilitationsklinik.

Mein erster Dank gilt Herrn Prof. Dr. Hilmer für die fachliche Betreuung während der Erstellung der wissenschaftlichen Arbeit.

Des Weiteren möchte ich mich beim gesamten QM-Team für die tatkräftige Unterstützung während des letzten halben Jahres bedanken. Besonderer Dank gilt hierbei Dr. U. Hoppe für seine vielseitige Hilfe, seine Geduld und sein außerordentliches Engagement.

Ludwigshafen den, 23.07.2012

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist die Verbesserung der Qualität durch den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems immer stärker in das Bewusstsein der Gesellschaft gerückt. Während der Qualitätsgedanke schon immer tief im ärztlichen Handeln verankert gewesen ist, begann man sich erst im letzten Jahrhundert systematisch mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.¹ Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements (QM), die vor Jahren noch undenkbar schienen, haben sich in den letzten Jahren im Alltag etabliert. Heutzutage findet man in fast jeder Einrichtung des Gesundheitswesens systematische Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, ein Risikomanagement, diverse Kennzahlensysteme oder auch ein aktives Beschwerdemanagement.² Die Gründe hierfür sind vielfältig. So werden durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre immer neue gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen, welche die Gesundheitseinrichtungen ständig vor neue Herausforderungen stellen. Des Weiteren spielten der verstärkte Wettbewerb unter den Kliniken, und die damit im Zusammenhang stehende Unterstützung der Eigenverantwortung der Patienten, eine bedeutende Rolle in der Entwicklung des Qualitätsmanagements.³ Der Patient von heute sucht sich gezielt seinen Arzt wie auch die Klinik aus und erwartet die bestmögliche medizinische Behandlung. Durch eine kontinuierliche Verbesserung der Strukturen und Prozesse innerhalb einer Einrichtung können diese Anforderungen erfüllt werden, was durch ein in die Führung integriertes Qualitätsmanagementsystem sichergestellt wird.⁴ Um die Wirksamkeit des Systems überprüfen zu können, gibt es unter anderem die Möglichkeit einer externen Zertifizierung.⁵ Dabei stellt sich die Einrichtung einer Kontrolle durch eine akkreditierte Zertifizierungsstelle, welche die relevanten Abläufe beurteilt.

¹ Vgl. Gröschel, 2007: S. 59

² Vgl. Kasper, 2011: S. 1152

³ Vgl. Gröschel, 2007: S. 60

⁴ Vgl. Lauterbach/Schrappe, 2009: S. 290

⁵ Im Folgenden wird der Begriff Zertifizierung synonym zu den Begriffen Visitation und Fremdbewertung verwendet

Bislang ist die Durchführung einer externen Zertifizierung optional für stationäre Rehabilitationseinrichtungen gewesen, was sich durch den Beschluss des Wettbewerbsstärkungsgesetzes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedoch geändert hat.

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Reha) sind demnach bis September 2012 dazu verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen und dessen Erfolg wie auch Nachhaltigkeit im Rahmen einer Zertifizierung nachzuweisen. Kliniken, die diese Anforderungen nicht einhalten können, bekommen nach Sozialgesetzbuch (SGB) IX den Versorgungsvertrag gekündigt.⁶

1.2 Zielsetzung der Arbeit

In der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen (BGU-LU) ist Qualitätsarbeit nicht nur aus gesetzlichen Gründen im Vordergrund der Bemühungen, sondern weil diese Institution ein systematisches Qualitätsmanagement für sinnvoll hält. Ein maßgeblicher Unterschied zu vielen anderen Kliniken, bei welchen der negative Eindruck, der die QM-Arbeit bestimmenden Bürokratie und die damit zusätzlich verbundene Arbeit, im Vordergrund steht.⁷

Um herauszufinden, welche Ansichten genau die Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik der BGU-LU vertreten, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Überprüfung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems. Es gilt hierbei zu klären, ob die Mitarbeiter ausreichend auf die Zertifizierung vorbereitet wurden und ob sie denn Sinn des Qualitätsgedanken verstanden haben. Da die Mitarbeiter jedoch nur dann gute Leistungen bringen können, wenn die entsprechenden Strukturen gegeben sind, ist des Weiteren zu diskutieren ob die Wahl des Verfahrens die richtige gewesen ist und ob die Organisation des Qualitätsmanagements zielführend ist. Welchen künftigen Nutzen die Zertifizierung letzten Endes für die Klinik und jeden einzelnen Mitarbeiter hat, wird im Abschluss der Arbeit erörtert.

Zu diesem Zweck wird die Theorie mit der Praxis im Sinne einer externen Zertifizierung verglichen und im Anschluss kritisch analysiert.

⁶ Vgl. Homepage BAR, 2011

⁷ Vgl. Hibbeler, 2009

1.3 Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit

Die Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit soll beim Leser zu einem besseren Verständnis der Bachelor-Thesis führen, indem eine Übersicht der einzelnen Kapitel kenntlich gemacht wird.

Grundsätzlich ist die vorliegende Arbeit in drei thematische Schwerpunkte gegliedert. Im ersten Teil werden die theoretischen Aspekte festgehalten, um diese im zweiten Schritt durch die Schilderung der praktischen Umsetzung in der BGU-LU zu belegen. Ob diese Umsetzung im Anschluss dann auch als sinnvoll oder nicht sinnvoll zu sehen ist, wird abschließend im dritten Teil erörtert.

Insgesamt ist die Bachelorarbeit in sieben Hauptkapitel untergliedert. Nach einer Einführung in das Thema im ersten Kapitel, werden im zweiten Abschnitt relevante Definitionen des Qualitätsmanagements erläutert, um zum allgemeinen besseren Verständnis der Arbeit beizutragen. Des Weiteren wird ein Einblick in die Strukturen und Prozesse des QM-Systems in der BGU-LU gegeben. Das darauf folgende Kapitel beschäftigt sich thematisch mit der gesetzlichen Notwendigkeit einer Fremdbewertung und der Nutzung als Chance für die BGU-LU. Im vierten Teil wird geklärt, welche strukturellen Rahmenbedingungen bei einer Zertifizierung vorliegen und was es dabei zu berücksichtigen gibt. Wie genau diese Vorgaben dann in der Praxis umgesetzt wurden, wird im fünften Kapitel deutlich gemacht. Das vorletzte Kapitel beinhaltet eine weiterführende kritische Analyse der noch nicht berücksichtigten Themen und erörtert den Nutzen der Zertifizierung für die Mitarbeiter der BGU-LU. Eine Zusammenfassung aller Ergebnisse und ein Ausblick in die Zukunft bilden im siebten und letzten Kapitel den Abschluss der Arbeit.

2 Grundbegriffe des Qualitätsmanagements

2.1 Der Qualitätsbegriff

Für den Begriff der Qualität gibt es in der Literatur verschiedene Definitionsansätze, weshalb er in jedem Unternehmen und in jeder Branche stark diskutiert wird. Eine grundsätzliche Definition lässt sich nur schwer festlegen, weshalb die genaue Bedeutung bis heute noch umstritten ist. Klar ist jedoch, dass der Faktor Qualität nicht mehr ignoriert werden kann, da er stark mit dem Erfolg eines jeden Unternehmens in Zusammenhang steht. Eine gute Qualität der Prozesse schafft einen Vorteil gegenüber den anderen Wettbewerbern und unterstützt somit den Bestand des Unternehmens.⁸

Weit verbreitet ist jedoch die Ansicht, dass Qualität als Grad der Übereinstimmung zwischen Ansprüchen bzw. Erwartungen (Soll) an ein Produkt und dessen Eigenschaften (Ist) anzusehen ist.⁹

Die DIN EN ISO 9000 geht hierbei einen Schritt weiter und bezeichnet Qualität als das „Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produktes, Systems oder Prozesses, zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien“. ¹⁰ Im weiteren Sinne bedeutet Qualität demnach die Erfüllung von Kundenanforderungen.

In der BGU-LU wird unter Qualität der Grad der Erfüllung von den Erwartungen des Patienten verstanden. Alle Tätigkeiten, die nicht zur Zufriedenheit des Patienten führen, werden als Mängel definiert, welche schnellstmöglich zu beseitigen sind.¹¹

⁸ Vgl. Kamiske/Brauer, 2011: S. 165

⁹ Vgl. Fröse, 2008: S. 13

¹⁰ Homepage DIN EN ISO

¹¹ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 3

2.2 Definition des Begriffs Qualitätsmanagement

Laut der DIN EN ISO 8402 umfasst das Qualitätsmanagement alle Tätigkeiten die dazu beitragen, dass die Qualitätsziele einer Organisation erreicht werden. Dazu zählen Mittel wie „Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung“.¹²

Zusammengeführt werden diese Instrumente in einem Qualitätsmanagementsystem, welches als „Methode der Unternehmensführung“¹³ angesehen wird.

Ziel eines jeden QM-Systems ist dabei die kontinuierliche Verbesserung der Qualität aller Prozesse und Abläufe im Unternehmen.¹⁴

2.3 Qualitätsmodell nach Donabedian

Das Qualitätsmodell nach Donabedian beschreibt die Qualität der Dienstleistung in drei Kategorien. Es unterscheidet zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Gemeinsam stellen sie die wichtigsten Kriterien zur Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität dar. Unter der ersten Kategorie, der Strukturqualität, versteht man die strukturellen Gegebenheiten einer Einrichtung. Sie definiert den aktuellen Bestand an z.B. räumlichen und apparativen Ressourcen, die zur Erstellung der Leistung notwendig sind wie auch die Anzahl und Qualifikation der beschäftigten Mitarbeiter.¹⁵

Die Prozessqualität beschäftigt sich mit der gesamten Wertschöpfungskette einer Einrichtung, welche sich aus den unterschiedlichsten Teilprozessen zusammensetzt. Da Kernprozesse wie auch unterstützende Prozesse gleichermaßen zum Erfolg des Unternehmens beitragen, müssen diese möglichst effizient sein. Sie sollten standardisiert immer „nach gleicher Qualität und ohne Störungen ablaufen“,¹⁶ um die Anforderungen der Patienten bestmöglich erfüllen zu können. Die Evaluation bzw. Überprüfung von Leistungen findet mit Hilfe der Ergebnisqualität statt.

¹² Homepage DIN EN ISO

¹³ Homepage DIN EN ISO

¹⁴ Vgl. Deming, 1982: S. 88

¹⁵ Vgl. Donabedian, 1980: S. 83

¹⁶ Donabedian, 1980: S. 84

Die Prozesse werden auf Wirksamkeit und Nutzen überprüft, um daraus Verbesserungspotenziale ableiten zu können.¹⁷

Betrachtet man das Qualitätsmodell in seiner Gesamtheit wird schnell deutlich, dass sich die drei Kategorien gegenseitig stark beeinflussen.

Die vorhandenen Ressourcen und Strukturen nehmen direkten Einfluss auf den Ablauf der Prozesse, welche gleichermaßen die Ergebnisqualität mitbestimmen.¹⁸

¹⁷ Vgl. Donabedian, 1980: S. 84

¹⁸ Vgl. Donabedian, 1980: S. 84

2.4 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Unter dem sogenannten kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) versteht man die Erkenntnis der derzeitigen Zustände, um Verbesserungspotentiale aufzudecken und diese im Anschluss im Sinne von Maßnahmen umzusetzen.¹⁹ Ein Bezug lässt sich zu Produktmerkmalen, Prozessmerkmalen und auch zu anderen Zuständen herstellen. Damit die Verbesserungsmaßnahmen auch systematisch umgesetzt werden können, nutzt man die Anwendung von Regelkreisen, welche sich in Phasen aufteilen.

Die BGU-LU bedient sich hierbei des nach William Edward Deming benannten Deming-Kreises - auch PDCA-Zyklus genannt.²⁰ Er beschreibt die Phasen im kontinuierlichen Verbesserungsprozess, welcher die Grundlage für alle Qualitätsmanagementsysteme darstellt. Die BGU-LU will sich dadurch strukturiert an Verbesserungspotentiale annähern und sich bewusst darüber werden, worin ihre Stärken und Schwächen liegen. Untergliedert wird der Zyklus in einen vierphasigen Problemlösungsprozess. PDCA steht hierbei für „Plan, Do, Check und Act“.²¹

Im ersten Schritt des PDCA-Zyklus, dem „Plan“, sollen Prozesse und Abläufe zunächst geplant sowie schriftlich festgehalten werden. Dafür ist eine Analyse des aktuellen Zustands von Nöten, um mögliche Verbesserungspotentiale erkennen und richtig einordnen zu können. Personelle Verantwortlichkeiten sowie grundlegende Regelungen müssen erfasst werden. Im zweiten Schritt, dem „Do“, werden die geplanten Prozesse zunächst getestet und im Anschluss in die Praxis umgesetzt. Den Kliniken fällt dieser Schritt am leichtesten, da er die alltäglichen Abläufe abbildet. Der nächste Aspekt beschäftigt sich mit dem „Check“. Im „Do“ eingeführte Prozesse werden z.B. durch Kennzahlen auf deren Wirksamkeit und Nutzen überprüft. Im vierten und letzten Teil des Zyklus, dem „Act“, werden positive Änderungen auf breiter Front eingeführt. Negative Abweichungen werden überdacht und gegebenenfalls den Umständen angepasst. Die Verbesserung dieses neuen Standards beginnt nun wieder von vorne, mit der Phase des „Plan“.²²

Legt man den Zyklus nun konkret für die Rehabilitationsklinik der BGU-LU aus, würde er wie folgt interpretiert werden:

¹⁹ Vgl. Brunner, 2008: S. 41

²⁰ Vgl. Deming, 1982: S. 88

²¹ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S. 25f.

²² Vgl. Deming, 1982: S. 88

Zum „Plan“ der BGU-LU gehören alle im QM-Handbuch hinterlegten Dokumente. Diese regeln räumliche und personelle Strukturen, konkrete Prozessabläufe, gesetzliche Vorgaben wie auch die des Unternehmens selbst.

Konkrete Plan-Dokumente der Klinik sind:

- Klinikleitbild²³
- Reha-Leitbild²⁴
- Prozessbeschreibungen (PB)
- Hausanweisungen
- Arbeitsanweisungen
- Betriebsanweisungen
- Besprechungswesen
- Funktionsbeschreibungen
- Dienstanweisungen
- Geschäftsordnungen
- Formulare
- Jahresziele
- Klinische Pfade
- Leitlinien
- Organigramme

Sie erleichtern die alltäglichen Abläufe und unterstützen bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter.²⁵ Umgesetzt und genutzt werden die Plan-Dokumente schließlich im „Do“.

In diesem Schritt des Deming-Kreises laufen die alltäglichen Prozesse ab und sind in der Rehabilitationsklinik der BGU-LU übergreifend in die Aufnahme, Behandlung und Entlassung des Patienten gegliedert. Da die Prozesse jedoch viel komplexer und umfangreicher sind werden diese in sogenannte Kernprozesse und unterstützende Prozesse gegliedert.

²³ Siehe Anhang A: S. XVII

²⁴ Siehe Anhang B: S. XVIII

²⁵ Vgl. QM-Handbuch, 2012: S. 10

Damit der Kernprozess effizient und ohne Probleme ablaufen kann, müssen auch die unterstützenden Prozesse reibungslos funktionieren.²⁶ Um die Wirksamkeit dieser Prozesse überprüfen zu können, existieren übergeordnete Checkinstrumente sowie prozessinterne Assessments, welche spezifisch von der jeweiligen Abteilung genutzt werden. Zu den übergeordneten Evaluationsmöglichkeiten zählen etwa die Patientbefragungen, interne und externe Audits sowie die Erhebung von Qualitätskennzahlen. Ein prozessinternes Checkinstrument ist z.B. die wöchentliche Überprüfung der Therapieziele, um die Wirksamkeit der Behandlung nachprüfen zu können.²⁷

Im letzten Schritt, dem „Act“, findet eine Aufbereitung der Ergebnisse aus dem Check statt.

Aufgedeckte Verbesserungspotentiale werden im jeweiligen Gremium diskutiert, um im Anschluss daraus Maßnahmen abzuleiten und notwendige Projekte aufzusetzen.

Die getroffenen Korrekturmaßnahmen der letzten Phase bilden nun wieder den Ausgangspunkt für ein erneutes Durchlaufen des PDCA-Zyklus.²⁸

²⁶ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 10

²⁷ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 10

²⁸ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 11

2.5 Total-Quality-Management

Total-Quality-Management (umfassendes Qualitäts-Management, TQM) hat das ehrgeizige Ziel Qualität systematisch einzuführen und langfristig sicherzustellen. Es umschreibt alle „erfassenden, aufzeichnenden, sichtenden, organisierenden und kontrollierenden Tätigkeiten“²⁹ in allen Bereichen eines Unternehmens. Gestützt wird das System durch die Mitwirkung aller Mitarbeiter.

Des Weiteren ist TQM als ganzheitlicher, unternehmensweiter Managementansatz zu betrachten, welcher eine besondere Hervorhebung der konsequenten Mitarbeiterorientierung, Umwelt, Gesellschaft wie auch Partnerschaften voraussetzt.³⁰

Durch eine erfolgreiche Umsetzung wird der Kunde – im Krankenhaus der Patient - zufrieden gestellt. Dies wirkt sich auf den langfristigen Geschäftserfolg aus und zielt somit auf den Nutzen für die Mitglieder des Unternehmens sowie der Gesellschaft ab.³¹

Das Qualitätsmanagement der BGU-LU folgt dem Ansatz des TQM und ist deshalb als Führungsaufgabe verankert. QM wird als gemeinsame Aufgabe verstanden und soll somit auf möglichst breiter Basis aufgestellt sein. Jeder Funktionsbereich sowie alle Prozesse und Strukturen sind in das QM-System umfassend mit eingebunden und leisten ihren Beitrag.³² Aus diesem Grund wird das Wissen um Qualität und ständige Verbesserung in der Klinik kontinuierlich kommuniziert. Nur so können Stärken gefestigt und Fehler frühzeitig erkannt bzw. nachhaltig beseitigt werden.

²⁹ Kamiske/Brauer, 2011: S. 310f.

³⁰ Vgl. Homepage EFQM, 20.06.2012

³¹ Vgl. Kamiske/Brauer, 2011: S. 310f.

³² Vgl. QM-Politik, 2012: S. 5

2.6 Strukturen und Prozesse des Qualitätsmanagementsystems in der BGU-LU

Die Strukturen und Arbeitsabläufe des QM-Systems an der BGU sind sehr umfassend und bedürfen einer genaueren Betrachtung.

Das grundlegende Qualitätsmodell der BGU basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz gemäß dem gesetzlichen Auftrag „Heilen und Helfen mit allen geeigneten Mitteln“.³³ Durch die bestmögliche medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung kann eine umfassende Behandlung auf höchstem Niveau sichergestellt werden. Eine Besonderheit der Klinik, welche im Unterschied zu den Anforderungen des SGB V steht. Das Gesetz sieht lediglich einen „Anspruch auf Krankenbehandlung“ vor „wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“³⁴ Um eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse garantieren zu können, findet eine laufende Überprüfung der Behandlungsabläufe und Behandlungsergebnisse statt.

Sichergestellt wird dies durch die Qualitätspolitik der Klinik. Als grundlegende Leitlinie ist sie bindend für alle Mitarbeiter und obliegt der Verantwortung der Führungskräfte. Durch ständige Kommunikation wird den Mitarbeitern die Bedeutung bewusst gemacht und stellt somit die Grundlage für alles Handeln und Tun in der Klinik dar. Die Qualitätspolitik ist im Intranet im QM-Handbuch für jeden Mitarbeiter zugänglich und beinhaltet alle wichtigen Informationen zum Aufbau der QM-Organisation, den Instrumenten des QM sowie Aspekte zur internen und externen Qualitätssicherung.³⁵

Um die Strukturen des Qualitätsmanagements verstehen zu können, ist zunächst eine Beschäftigung mit dem Aufbau der QM-Organisation notwendig. Diese ist in dem QM-Organigramm³⁶ festgelegt und besteht aus mehreren Gremien. Das zentrale Qualitätsgremium ist der Qualitätsausschuss (QA). Die Mitglieder setzen sich zusammen aus jeweils drei Vertretern des kaufmännischen, ärztlichen und pflegerischen Dienstes sowie einem zusätzlichen Mitglied des Betriebsrats. Um den Qualitätsgedanken umfassend in der gesamten Klinik zu verbreiten wurden zusätzlich Qualitätsbeauftragte in allen Abteilungen ernannt. Sie vertreten die QM-Aufgaben im Gesamtinteresse der Klinik und tragen wichtige Informationen in die jeweiligen Bereiche.

³³ QM-Konzept, 2012: S. 2

³⁴ SGB V, § 107 Abs.1, 19.07.2012

³⁵ Vgl. QM-Politik, 2012: S. 5

³⁶ Siehe Anhang D: S. XXI

Geleitet wird der Qualitätsausschuss vom Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB), welcher das Qualitätsmanagement der Klinik koordiniert. Besetzt ist das QM-Team der BGU-LU momentan mit einem QMB und seinen drei Stellvertretern.³⁷

Um den QM-Gedanken der kontinuierlichen Verbesserung erfolgreich umsetzen zu können, wurden verschiedene QM-Instrumente entwickelt. Dazu zählt unter anderem das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH). Dort sind alle wichtigen und relevanten Dokumente hinterlegt, die für eine effektive und effiziente Arbeitsweise sorgen. Dazu zählen hauptsächlich die Prozessbeschreibungen, welche die unterstützenden und Kernprozesse der Klinik regeln sowie Funktionsbeschreibungen, welche die Anforderungen an die verschiedenen Berufe festlegen. Diese unterliegen der Dokumentenlenkung. Es ist somit für jeden Mitarbeiter nachvollziehbar, wer das Dokument erstellt hat, wann es erstellt wurde, wer der Freigeber ist und die wievielte Version vorliegt. Auf diesem Weg kann sichergestellt werden, dass die Dokumente aktuell sind, da diese im zweijährigen Turnus überarbeitet werden müssen.³⁸

Ein weiteres wichtiges Instrument zur ständigen Verbesserung ist die Entwicklung der Qualitätsziele, welche sich aus dem Rehabilitationsleitbild ergeben. Für alle Mitarbeiter gelten daher folgende übergeordnete Qualitätsziele:

- Teilhabeorientierung
- Interdisziplinäre und interprofessionelle Teamarbeit
- Zusammenarbeit mit den Kostenträgern
- Qualitätsmanagement

Zusätzlich werden im Rahmen einer Jahreszielkonferenz abteilungsspezifisch Jahresziele entwickelt, welche im darauf folgenden Jahr ausgewertet werden. So behalten die Mitarbeiter den Überblick darüber, welche Projekte noch ausstehen und was noch getan werden muss, um die übergeordneten Qualitätsziele erreichen zu können. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die Managementbewertung, welche die Erfolge und Misserfolge des Vorjahres umfassen soll.³⁹

Kontrolliert werden diese Instrumente durch interne Audits, Befragungen wie auch durch die gemeinsam festgelegten Kennzahlen.

³⁷ Vgl. Geschäftsordnung Qualitätsausschuss, 2012: S. 6

³⁸ Vgl. PB Dokumentenlenkung QMH, 2012: S. 2

³⁹ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 10

Durch die Entwicklung sogenannter Key performance indicators (KPI's) bzw. Leistungskennzahlen werden die Ergebnisse und somit die Versorgungsqualität überprüft.⁴⁰

Neben den internen Überprüfungen des QM-Systems finden zusätzlich Abläufe zur externen Qualitätssicherung statt. Gesetzlich verpflichtend ist hierbei die zweijährige Erstellung des strukturierten Qualitätsberichtes. Dieser dient den Patienten als Informationsmöglichkeit über die Strukturen und Leistungen der Klinik. Des Weiteren ist die BGU-LU Gründungsmitglied der Initiative für Qualitätsmedizin (IQM). Dadurch hat sich die Klinik zur Qualitätsmessung der Prozesse und somit zur Veröffentlichung der Ergebnisse auf einer trägerübergreifenden Plattform verpflichtet.⁴¹

Zusammengeführt werden all diese Kriterien im Leitsatz der BGU-LU.

„Retten und Heilen mit höchster Kompetenz“.⁴²

⁴⁰ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 4

⁴¹ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 11

⁴² Vgl. Kühnlein, 2010

3 Notwendigkeit einer Zertifizierung der stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind seit der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahr 2007 verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen (§20 Abs. 2 SGB IX) sowie dessen Erfolg wie auch Nachhaltigkeit im Rahmen einer Zertifizierung nachzuweisen (§20 Abs. 2a SGB IX). Die Verantwortung für die Festlegung der konkreten Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement wurde vom Gesetzgeber an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) delegiert. So war es Aufgabe der BAR, in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu formulieren und ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren zu vereinbaren.⁴³

Daraus resultierten elf sogenannte BAR- bzw. Qualitätskriterien, welche im Rahmen einer Zertifizierung von den stationären Rehabilitationseinrichtungen zu hundert Prozent erfüllt werden müssen:

- Teilhabeorientiertes Leitbild
- Einrichtungskonzept
- Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte
- Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung
- Basis-Elemente eines Qualitätsmanagement-Systems (z.B. Organisationsstruktur, Dokumentation, regelhafte Selbstprüfung usw.)
- Beziehungen zu Rehabilitanden / Bezugspersonen / Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern
- Systematisches Beschwerdemanagement
- Externe Qualitätssicherung
- Interne Ergebnismessung und –analyse

⁴³ Vgl. Hibbeler, 2009

- Fehlermanagement
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Die entsprechende Vereinbarung der BAR ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten. Diese beinhaltet unter anderem die Festlegung einer Übergangsfrist von drei Jahren, innerhalb welcher ein gültiges Zertifikat der Einrichtungen vorliegen muss. Rehabilitationskliniken, die diese Anforderung bis September 2012 nicht einhalten können, bekommen nach SGB IX den Versorgungsvertrag gekündigt.⁴⁴

Um neben der Verpflichtung auch den eigenen Qualitätsanspruch nach außen transportieren zu können, hat sich die Rehabilitationsklinik der BGU-LU vom 20. bis 22. Juni 2012 zertifizieren lassen. Der Akutbereich der Klinik wurde bereits im November 2010 erfolgreich zertifiziert was jedoch nicht ausreichte, um die Anforderungen der BAR erfüllen zu können. Aus diesem Grund musste sich der Bereich der Rehabilitation zusätzlich nach KTQ-Reha zertifizieren lassen. Für die BGU-LU stellte die Zertifizierung jedoch nicht nur eine Verpflichtung dar, sondern in erster Linie eine Chance sich weiter zu verbessern. Durch den hohen Druck der Wettbewerber und vor allem der Kunden muss sich auch eine der besten Kliniken permanent weiterentwickeln. Die Zertifizierung gab dem QM-Team die Möglichkeit, den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung in den Köpfen der Mitarbeiter und der gesamten Organisation zu verankern. So ist die BGU-LU auf dem besten Weg, sich an die sich veränderten Umfeldbedingungen anpassen zu können. Des Weiteren ergibt sich aus der Fremdbewertung für die gesamte Belegschaft der Rehabilitationsklinik die Möglichkeit ihr Können unter Beweis zu stellen.⁴⁵

⁴⁴ Vgl. Homepage BAR, 24.05.2012

⁴⁵ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 06.06.2012

4 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

Die KTQ-GmbH wurde im Dezember 2001 mit dem Ziel gegründet, den Krankenhäusern ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren zur Verfügung zu stellen, um die Dienstleistungen transparent für die Patienten und Kostenträger darstellen zu können. Als erstes speziell auf das Gesundheitswesen zugeschnittenes Konzept, ermöglichte es zunächst Krankenhäusern die einfache praktische Umsetzung eines QM-Systems. Getragen wird die KTQ von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat sowie dem Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands. Im Laufe der Jahre wurde das erarbeitete KTQ-Verfahren immer wieder überarbeitet und auf die spezifischen Anforderungen der Patienten angepasst. Neben der Entwicklung eines Verfahrens für den Bereich der Praxen wie auch für Medizinische Versorgungszentren wurde im Jahr 2005 ein Zertifizierungsverfahren im Bereich der Rehabilitationskliniken veröffentlicht; das Verfahren der KTQ-Reha. Anwendung findet dieses unter anderem an der BGU in Ludwigshafen.⁴⁶

Grundsätzlich werden alle Zertifizierungsverfahren der KTQ kontinuierlich aktualisiert, überwacht und weiterentwickelt, um ihren Kunden das vorzuleben, was das Unternehmen selbst von den Einrichtungen erwartet - die Einbindung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in das Unternehmen.⁴⁷

⁴⁶ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.3

⁴⁷ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.3

4.1 Entscheidung der BGU-LU für KTQ-Reha

Die Entscheidung, nach welchem Zertifizierungsverfahren sich die Rehabilitationseinrichtungen zertifizieren lassen möchten, liegt beim Unternehmen selbst. Die BGU-LU hat sich letztlich für eine Zertifizierung nach KTQ-Reha entschieden.

KTQ-Reha ist ein Zertifizierungsverfahren, welches speziell auf die Begebenheiten von Rehabilitationskliniken zugeschnitten ist. In seinen Grundzügen ist es an das KTQ-Verfahren für Krankenhäuser angelehnt. Dabei berücksichtigt es spezifische Inhalte für Rehabilitanden, wie etwa den Einbezug der beruflichen Situation des Patienten und dessen soziales Umfeld.

Maßgebend für diese Wahl ist die Zertifizierung des Gesamthauses nach KTQ gewesen. Grundlegende Strukturen und Vorgehensweisen des KTQ-Modells waren bereits bekannt und konnten ohne großen Arbeitsaufwand angepasst werden.⁴⁸

Weiterhin ist die einheitliche Festlegung eines Zertifizierungsverfahrens für die BGU Ludwigshafen mit der BGU Tübingen von Bedeutung gewesen. Da beide Kliniken einem gemeinsamen Träger angehören und der selben Geschäftsführung unterstellt sind, sollten sie auch dasselbe Verfahren wählen, um daraus resultierende Synergieeffekte nutzen zu können.

Neben der Wahl eines vorhandenen Verfahrens bestand des Weiteren die Möglichkeit ein eigenes Verfahren zu entwickeln, welche durchaus umfassend diskutiert wurde. Da der Aufwand letztlich aber für zu hoch empfunden wurde, legte man diesen Gedanken bei Seite. Unterstützt wurde die Entscheidung für KTQ-Reha durch die Idee einer Verbundzertifizierung, denn im Jahr 2013 sieht sich das Gesamthaus erneut der Herausforderung gegenüber, den Akutbereich nach KTQ rezertifizieren zu lassen. Um in Zukunft den Arbeitsaufwand vor einer Zertifizierung reduzieren zu können, gäbe es die Möglichkeit, das Zertifikat gemeinsam mit der Rehabilitationsklinik zu erlangen. Dadurch würde sich der Arbeits- wie auch der Kostenaufwand enorm reduzieren.

Betrachtet man diese Thematik nun aus externer Sicht, lassen sich weitere wesentliche Aspekte erkennen. Diese werden im Folgenden in Kapitel 6.3 kritisch analysiert.

⁴⁸ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.4

4.2 Das KTQ-Modell

Das KTQ-Verfahren ist speziell an die Anforderungen der verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen angepasst. Das grundsätzliche KTQ-Modell jedoch findet in allen Bereichen Anwendung, weshalb es auch gültig für KTQ-Reha ist.⁴⁹

Ziel der KTQ ist stets die Optimierung von Prozessen innerhalb der Patientenversorgung.

Für die Darstellung der Bedürfnisse der Rehabilitanden wurden deshalb sechs Kategorien festgelegt:

- Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung
- Führung der Rehabilitationseinrichtung
- Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung
- Informationswesen
- Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- Qualitätsmanagement

Diese zentralen Elemente legen die Schwerpunkte für Rehabilitanden, die Angehörigen, Partner wie auch für die Mitarbeiter fest und ermöglichen somit Aussagen über die Qualität der Prozessabläufe in der Versorgung. Die genaue Darstellung der einzelnen Kategorien mit spezifischen Beispielen erfolgt im KTQ-Katalog – Rehabilitation, weshalb dieser als sinnvolle Vorlage für den Aufbau und Ablauf der Prozesse im eigenen Unternehmen genutzt werden kann. Um die Zertifizierung erfolgreich bestehen zu können, müssen die täglichen Prozessabläufe berufsgruppen- und hierarchieübergreifend sowie interdisziplinär aufgezeigt werden, was für eine transparente Darstellung sorgt.⁵⁰

Dem Unternehmen wird dadurch deutlich gemacht, wo es bereits gute Arbeit leistet und an welchen Stellen noch Verbesserungspotenziale bestehen. Da alle Schritte des Patienten, von der Aufnahme bis zur kontinuierlichen Weiterbetreuung, bewertet werden, können optimale Behandlungsergebnisse erreicht werden.⁵¹

⁴⁹ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S. 10-12

⁵⁰ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S. 10-12

⁵¹ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S. 10-12

Dabei stützt sich die KTQ ebenfalls auf den bereits erwähnten Deming-Zyklus. Die einzelnen Prozesse müssen also im Plan, Do, Check und Act dargestellt werden.

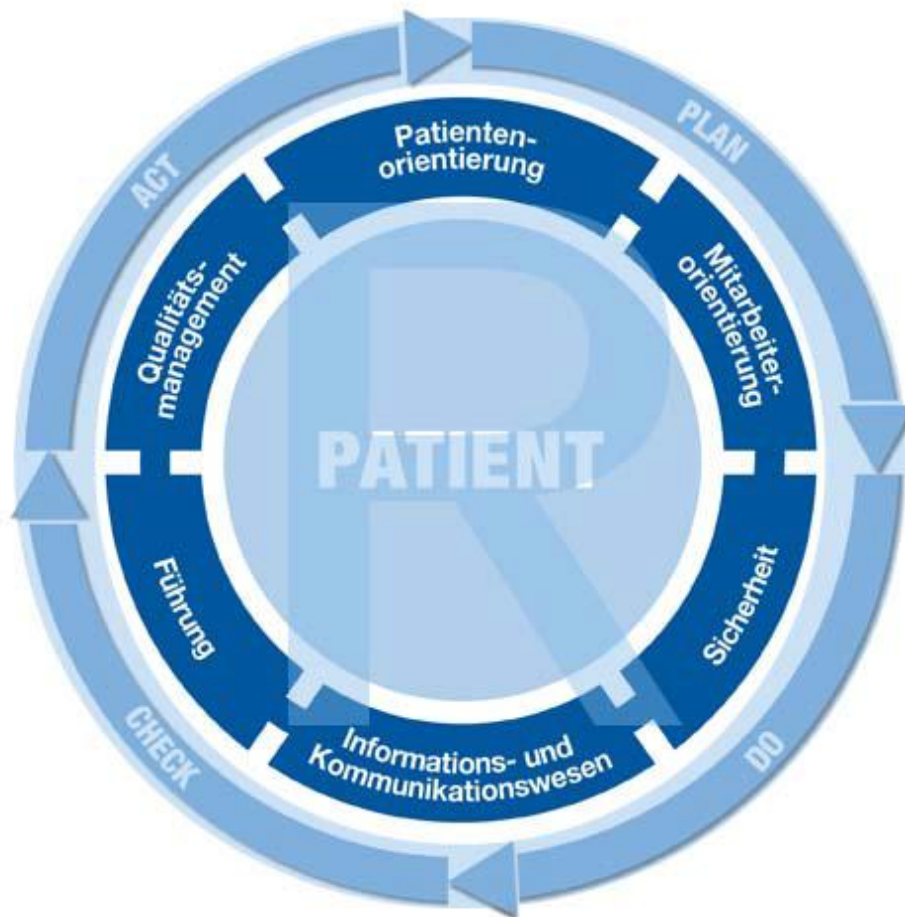


Abbildung 1: Das KTQ-Modell ⁵²

4.2.1 Bewertungssystematik

Neben der grundlegenden Bewertung durch den PDCA-Zyklus erfolgt eine konkrete Bewertung durch die Zertifizierungsstelle über eine Vergabe von Punkten. Pro Kriterium können maximal 18 Punkte erreicht werden. Insgesamt gilt es 72 Kriterien zu bestehen.⁵³

Die Patienten von heute erwarten die bestmögliche Leistung und gehen mit entsprechend hohen Ansprüchen in die jeweilige Einrichtung. Da diese Ansprüche in der Praxis jedoch nur sehr schwer zu befriedigen sind, ist das KTQ-Modell insofern realistisch aufgebaut, dass die Einrichtung, die in der Selbstbewertung innerhalb jeder Kategorie mindestens 55 Prozent erreicht, sich dem KTQ-Zertifizierungsverfahren stellen kann.⁵⁴

Von den insgesamt 72 Kriterien sind elf die BAR-Kriterien. Diese müssen zu 100 Prozent erfüllt werden. Wie genau diese hundert Prozent dabei zu definieren sind, hängt neben den offiziellen Vorgaben von den individuellen Ansichten des Visitors ab und ist nur schwer einzuschätzen. Bestanden ist die Visitation, sobald die Einrichtung eine Gesamtpunktzahl von mindestens 55 Prozent erreicht hat.⁵⁵

⁵³ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S. 31

⁵⁴ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S. 32

⁵⁵ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S. 32

4.2.2 Verfahrensablauf des KTQ-Verfahrens

Grundlegend läuft das KTQ-Verfahren während jeder Zertifizierung nach demselben Schema ab. Dadurch kann ein vergleichbarer Ablauf des Verfahrens in den einzelnen Einrichtungen sichergestellt werden. Der größte Unterschied liegt hierbei in der Anzahl der Visitoren und der Bewertungstage. Diese sind abhängig von der Klinikgröße. Bevor jedoch die Visitation vor Ort stattfinden kann, gilt es zuvor einige Formalien abzuarbeiten. Welche Aufgaben konkret vor der Fremdbewertung anfallen, wird in der folgenden Grafik ersichtlich.

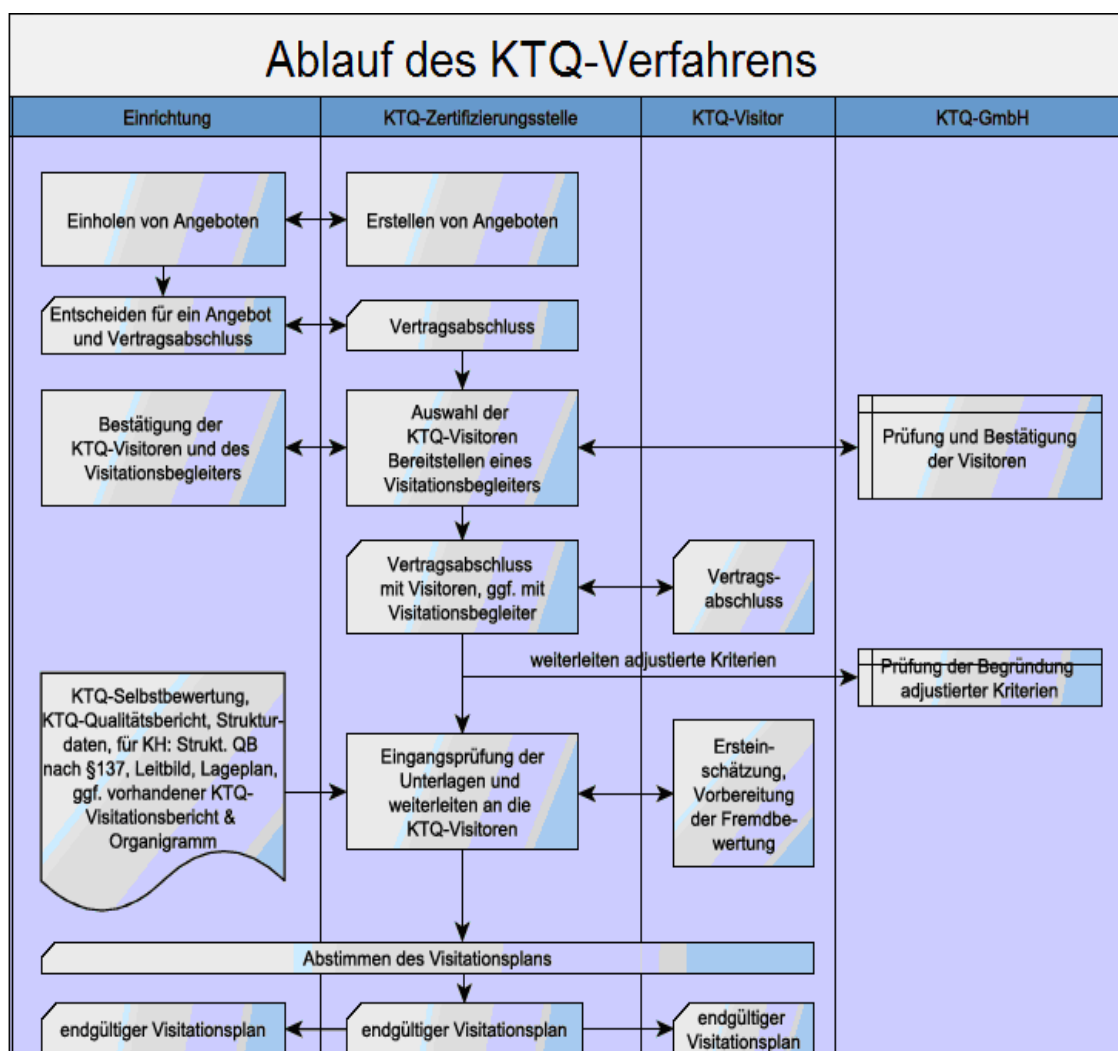


Abbildung 2: Ablauf des KTQ-Verfahrens vor der Zertifizierung⁵⁶

Zu Beginn wird von der Rehabilitationsklinik ein Angebot eingeholt, um im Anschluss nach der entsprechenden Preisliste wie auch der Visitationsdauer ein konkretes Angebot erstellen zu können. Sind sich beide Parteien einig geworden, wird der Vertrag zwischen Einrichtung und Zertifizierungsstelle abgeschlossen und die KTQ-Visitoren sowie ein Visitationsbegleiter bestimmt.

Zwölf Wochen vor der tatsächlichen Visitation müssen der Selbstbewertungsbericht, der Qualitätsbericht, einige Strukturdaten sowie weitere wichtige Dokumente seitens der Klinik erstellt und an die KTQ zugeschickt werden. Diese werden an die Visitoren weitergeleitet, welche innerhalb von 20 Werktagen eine Ersteinschätzung an die Klinik zurückmelden. Im Anschluss wird gemeinsam ein Visitationsplan abgestimmt und schließlich endgültig festgelegt. Entsprechend diesem Plan findet die Fremdbewertung vor Ort in der Klinik statt. Je nach Ergebnis wird von der Zertifizierungsstelle die Zertifikatsempfehlung ausgesprochen oder aber der Nachbearbeitungszeitraum festgelegt. Zum Abschluss findet eine Evaluation des gesamten Zertifizierungsprozesses durch alle Beteiligten statt. Bei erfolgreichem Bestehen wird gegebenenfalls der Qualitätsbericht etwas angepasst und danach für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die Rehabilitationsklinik erhält gemeinsam mit dem Zertifikat den Visitationsbericht, um entsprechende Verbesserungsmaßnahmen daraus ableiten zu können.⁵⁷

Von Seiten der Klinik fallen zusätzlich weitere wichtige Aufgabenbereiche an, die mit der Entscheidung für eine Zertifizierung durch die Geschäftsführung beginnen. Zu Beginn musste zunächst eine gemeinsame Entscheidungsvorlage erarbeitet werden, um den Umfang und die Wichtigkeit des Projektes zu definieren. Es stellte sich die Frage nach der Wahl eines Zertifizierungsverfahrens, einer Zertifizierungsstelle wie auch der konkrete Einsatz einer externen Beratungsfirma. Die Entscheidung für KTQ-Reha wurde durch die Klinikleitungen der BGU Ludwigshafen und Tübingen getroffen. Die Wahl der Zertifizierungsstelle der Deutschen Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS), wie auch der Einsatz der Berater von ZeQ wurde aufgrund von positiven Erfahrungen bei der letzten Zertifizierung getroffen. Mit Abschluss der Verträge machte sich das QM-Team an die Erstellung eines konkreten Projektplanes. Dieser beinhaltete folgende wichtige Themen:⁵⁸

- Terminplanung
- Ressourcenplanung

⁵⁷ Vgl. Homepage KTQ, 16.05.2012

⁵⁸ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 06.06.2012

- Erstellung einer Maßnahmenliste
- Erstellung eines Meilensteinplanes
- Regelmäßige Information und Kommunikation aller Beteiligten

Der nächste wichtige Schritt ist die Zuteilung der Visitoren durch die Zertifizierungsstelle gewesen. Das Visitorenteam während der Zertifizierung setzte sich schließlich aus einem ärztlichen Visitor und einem Vertreter der Ergotherapie zusammen.

Als nächstes wurden Arbeitsgruppen zusammengestellt, die sich jeweils mit dem entsprechenden Projekt auseinandersetzten und diese auch erfolgreich abschließen konnten. Ein besonders bedeutsamer Meilenstein wurde mit der Fertigstellung des Selbstbewertungsberichtes zwölf Wochen vor der Fremdbewertung erreicht. Nach einer positiven Rückmeldung durch die KTQ wurde vier Wochen vor der Visitation der vorläufige Visitationsplan an das QM-Team geschickt. Im Visitationsplan ist der genaue Ablauf der Zertifizierung geregelt. Erstellt wurde der vorläufige Plan von der Visitationbegleitung, die diesen mit den Visitoren abgleicht. Es wurde festgelegt, zu welcher Uhrzeit Begehungen oder kollegiale Dialoge stattfinden, wann die Dokumente gesichtet werden und welche Teilnehmer gewünscht sind. Die konkreten Gesprächspartner wurden im Qualitätsausschuss mit entsprechenden Namen belegt. Im letzten Schritt wurde in Abstimmung mit dem QM-Team und der Visitationbegleitung der endgültige Visitationsplan erstellt.⁵⁹

Das QM-Team der BGU-LU war grundlegend mit dem Visitationsplan einverstanden und hatte somit nur wenige Änderungswünsche. Am Wichtigsten war hierbei die Umstellung des Zeitplanes zugunsten der Therapiebereiche, um die therapeutischen Besonderheiten der Klinik besser herausstellen zu können.

Entsprechend diesem Plan ist die Fremdbewertung fristgerecht in den dafür vorgesehenen zwei ein halb Tagen abgelaufen und brachte ein äußerst positives Ergebnis mit sich. Nachdem die Zertifikatsempfehlung durch die Visitoren ausgesprochen wurde, wurde der Qualitätsbericht an das Ergebnis angepasst und für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die BGU-LU erhielt gemeinsam mit dem Zertifikat den Visitationsbericht, um entsprechende Verbesserungsmaßnahmen daraus ableiten zu können.

⁵⁹ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 06.06.2012

4.3 KTQ-Berichtsformen

Innerhalb des KTQ-Reha-Zertifizierungsverfahrens werden die verschiedenen Prozessabschnitte in unterschiedlichen KTQ-Berichtsformen dokumentiert. Gefordert wird die Erstellung eines KTQ-Selbstbewertungsberichtes, Qualitätsberichtes und eines Visitationsberichtes, um die in den Kriterien gestellten Anforderungen überprüfen zu können.

4.3.1 KTQ-Selbstbewertungsbericht

Der KTQ-Selbstbewertungsbericht wird von der Rehabilitationseinrichtung anhand des KTQ-Kataloges selbst erstellt und bietet einen ersten Einblick in die Prozesse der Klinik. Die beauftragte Zertifizierungsstelle wie auch die KTQ-Visitoren können sich schon durch den Bericht im Voraus eine Meinung über die Qualität der beschriebenen Leistungen machen. Es erfolgt also eine erste Bewertung der Kriterien bezüglich des Erreichungsgrades und des Durchdringungsgrades. Unter dem Erreichungsgrad ist in diesem Zusammenhang die Qualität der Kriterienerfüllung zu verstehen. Der Durchdringungsgrad beschreibt die Verbreitung des Wissens innerhalb der Mitarbeiter der Klinik bzw. die Umsetzung der Maßnahmen in der Einrichtung.⁶⁰

Für die Erstellung des Selbstbewertungsberichtes ist ein hoher personeller und zeitlicher Aufwand einzukalkulieren. Dies ist auch einer der Gründe dafür gewesen, den Bericht mit externer Unterstützung der Beraterfirma ZeQ zu schreiben. Aufgrund der Kompetenz der QM-Mitarbeiter und der langjährigen Erfahrung der Berater konnte der Bericht innerhalb von zwei Wochen erstellt werden.

Genutzt wurde dazu die Methodik des Interviewverfahrens. Im Vorfeld legte das QM-Team gemeinsam mit der ZeQ für jedes Kriterium des KTQ-Kataloges ein Gruppe von Mitarbeitern fest, welche am besten über die jeweiligen klinikspezifischen Prozesse und Abläufe Auskunft geben konnten. Des Weiteren mussten geeignete Termine gefunden werden, an welchen die Interviews stattfinden sollten. Im Anschluss an diese Entscheidungen wurden die Mitarbeiter per E-Mail informiert und eingeladen. Koordiniert wurde die Teilnahme in Form einer Exceltabelle. Da der Akutbereich der BGU-LU bereits Ende 2010 rezertifiziert wurde lag der Klinik bereits ein aktueller Selbstbewertungsbericht vor. Einige Textpassagen zu grundlegenden Strukturen konnten somit kopiert, modifiziert und eingefügt werden.

⁶⁰ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.20

Die Interviews liefen alle nach demselben Schema ab. Nach einer kurzen Vorstellung des zu bearbeitenden Kriteriums wurden konkrete Fragen zum Plan, Do, Check und Act gestellt. Die Antworten der Mitarbeiter wurden zeitgleich von der Beraterin der ZeQ ausformuliert und in die entsprechende Textpassage des spezifischen EDV-Programms „NexusHoll“ eingetragen. Die Mitarbeiter hatten dabei die Möglichkeit die gewählten Formulierungen durch einen Beamer an der Leinwand mitzuverfolgen und die Beraterin bei der Formulierung zu unterstützen. Bei ungeklärten Fragen war es Aufgabe des QM-Teams möglichst zeitig eine Antwort in Erfahrung zu bringen.

Bereits während der Interviews wurde darauf geachtet, worin die Stärken der Klinik liegen und wo noch Nachbesserungsarbeit von Nöten ist. Durch die daraus resultierte Maßnahmenliste konnte sichergestellt werden, dass alle angefallenen Aufgaben bis zur Visitation erledigt wurden. Unterteilt wurde diese Liste in drei Kategorien. Mit „1.“ gekennzeichnete Maßnahmen mussten noch vor der Abgabe des Selbstbewertungsberichtes abgearbeitet werden. Die Nummerierung „2.“ stand für die zeitliche Frist vor der Fremdbewertung und Kategorie „3.“ umfasste alle Projekte die sinnvoll, jedoch nicht mehr vor der Visitation abzuleisten waren. Nach der Erstellung einer Rohfassung des Berichtes mussten nach und nach die erledigten Maßnahmen in den Bericht mit eingepflegt werden. Die vorerst endgültige Fassung wurde an die Gesprächspartner der Interviewtermine geschickt, um den Mitarbeitern eine letzte Korrekturchance zu bieten.

Da der Bericht in erster Linie der Ersteinschätzung dienen sollte, wurden die einzelnen Kriterien im Anschluss vom QM-Team mit der ZeQ mit Punkten bewertet. Auf diese Weise wurde recht schnell ersichtlich, in welchen Bereichen weitere Nachbesserungsmaßnahmen getroffen werden sollten. Des Weiteren wurde überprüft, ob die 11 BAR-Kriterien aus Sicht der Klinik erreicht waren, da sie ausschlaggebend für die erfolgreiche Zertifizierung sein würden. Nach einer letzten Kontrolle durch das QM-Team wurde der fertige Selbstbewertungsbericht fristgerecht an die Zertifizierungsstelle versandt.

Die Erstellung des Selbstbewertungsberichtes brachte einen hohen Arbeitsaufwand mit sich, doch konnte die Rehabilitationsklinik vielmehr positive Erfahrungen daraus gewinnen. Durch die kollegialen Dialoge wurden die Mitarbeiter bereits auf die anstehende Zertifizierung vorbereitet. Es fand eine kritische Analyse der eigenen Organisation statt, was anstelle von subjektiven Wahrnehmungen zu einer Grundlage für Verbesserungen führte. Die Mitarbeiter bekamen einen ersten Überblick in die Themen der KTQ wie auch in die übergreifenden Strukturen der BGU-LU selbst. Jeder konnte sich sein eigenes Bild darüber machen, was vor der Zertifizierung noch geleistet werden musste und in welchen Bereichen die Klinik bereits gut aufgestellt war. Des Weiteren konnten die Teilnehmer Einblicke in die Arbeit der anderen Berufsgruppen erhalten, was im

normalen Arbeitsalltag schwierig ist. Dadurch wurden die Schnittstellen der Prozesse aufgedeckt und ein besseres Verständnis für die Arbeit des anderen geschaffen.

4.3.2 KTQ-Qualitätsbericht

Erstellt wurde der Qualitätsbericht vom QM-Team der BGU-LU mit Unterstützung der Beraterfirma ZeQ. Dieser beinhaltet ein Vorwort der KTQ-GmbH und des Krankenhauses, sowie die Beschreibung der sechs Katalogkriterien in umgangssprachlicher Form und ist somit auch für Laien verständlich.⁶¹

Im Anschluss an die erfolgreiche Zertifizierung wurde der Bericht auf der Homepage der KTQ veröffentlicht und somit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Gemäß der Gültigkeitsdauer des Zertifikates verbleibt der Bericht für drei Jahre auf der Homepage und wird im Anschluss bei erfolgreicher Rezertifizierung ersetzt oder bei nicht Bestehen gelöscht. Um die Berichte mit anderen Einrichtungen vergleichen zu können wurde eine vorgeschriebene Form zur Veröffentlichung des Qualitätsberichtes von der KTQ festgelegt. Durch den Qualitätsbericht wird Transparenz und somit Vertrauen in die Leistungen der Rehabilitationsklinik geschaffen.⁶²

4.3.3 KTQ-Visitationsbericht

Der KTQ-Visitationsbericht vermittelt der Klinik einen Überblick über die Erkenntnisse der Fremdbewertung aus Sicht der Visitoren. Er soll die Einrichtung dabei unterstützen Verbesserungspotentiale aufzudecken und somit zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess beizutragen. Stärken und Schwächen bzw. Verbesserungspotentiale der Klinik werden dargelegt, um der Einrichtung eine Grundlage für die Erarbeitung von konkreten Maßnahmen zu bieten. Diese werden im Rahmen einer Rezertifizierung von einem neuen Visitorenteam überprüft, um die Entwicklung der Rehabilitationseinrichtung feststellen zu können.⁶³

⁶¹ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.17

⁶² Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.17

⁶³ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.18

4.4 Fremdbewertung

Die Fremdbewertung zählt zu den externen QM-Instrumenten. Die Einrichtung wird durch einen externen Zertifizierer in regelmäßigen Abständen bewertet und erhält nach erfolgreichem Bestehen ein Zertifikat. Ziel des Prozesses ist die Überprüfung des internen Qualitätsmanagementsystems auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit. In Form von Begehungen, kollegialen Dialogen wie auch durch die Sichtung der bestehenden Dokumente findet eine stichprobenartige Überprüfung der Selbstbewertung der Klinik statt.⁶⁴

Für die Fremdbewertung wurde seitens der KTQ ein Leitfaden entwickelt, welcher als Verfahrensbeschreibung dient und in drei Schritte gegliedert ist.

Im ersten Schritt werden die im Katalog festgelegten Kriterien anhand des Selbstbewertungsberichtes durch die KTQ-Visitoren bewertet und eine Ersteinschätzung abgegeben. Im zweiten Schritt wird diese Bewertung vor Ort in der Rehabilitationsklinik überprüft und hinterfragt. Der dritte und letzte Schritt fordert die Erstellung eines Visitationsberichts durch die Visitoren sowie die Überprüfung des Qualitätsberichtes bezüglich seiner Praxisrelevanz.⁶⁵

⁶⁴ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.186f.

⁶⁵ Vgl. KTQ-Manual, 2012: S.186f.

5 Zertifizierungsprozess der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen

Im nächsten Teil der Arbeit wird die Übereinstimmung der Theorie mit der Praxis überprüft. Die Abläufe und Prozesse der BGU werden genau erörtert und im Anschluss kritisch analysiert.

5.1 Vorbereitungen

5.1.1 Zielfindung und Abschluss der geplanten Projekte

Die Vorbereitungen auf die Zertifizierung der Rehaklinik begannen in der BGU-LU bereits im Jahre 2011. Um den Umfang und die Komplexität der Zertifizierung ersichtlich zu machen, wurde ein KTQ-Reha-Kurzcheck durchgeführt. Es wurde im interdisziplinären Team überprüft, welche BAR-Kriterien bereits erfüllt sind und welche noch bearbeitet werden müssen. In diesem Rahmen wurden Unterziele entsprechend dem Oberziel der erfolgreichen Zertifizierung formuliert und konkrete Strategien entwickelt.⁶⁶ Es wurde also der konkrete „Weg zum Ziel“ definiert.⁶⁷

Aus der Sitzung resultierten unter anderem folgende Hauptprojekte:

- Entwicklung des Reha-Leitbildes
- Einführung eines Risikomanagements
- Entwicklung der Indikationsspezifischen Behandlungskonzepte
- Erstellung diverser relevanter Prozessbeschreibungen
- Überarbeitung des Einrichtungskonzeptes⁶⁸

⁶⁶ Vgl. Expertengespräch Zobel, 15.06.2012

⁶⁷ Vgl. Vahs, 2009: S. 128f.

⁶⁸ Vgl. Expertengespräch Gröschel, 15.06.2012

Jedes der Themen wurde detailliert besprochen und einer bestimmten Projektgruppe zugeordnet. Die Leitung der Projekte wurde den Akteuren selbst übertragen, was aus Betroffenen Beteiligte machte.

Dadurch wurden ihre Eigeninitiative und ihre intrinsische Motivation gefördert. Intrinsisch motiviert ist ein Mitarbeiter dann, wenn er aus der Tätigkeit selbst Befriedigung erzielt und sich für das Unternehmen einsetzt. Aus diesem Grund musste das QM-Team bezüglich der Projekte die Informationen und Arbeitsleistungen nicht einfordern (Push-Prinzip), sondern bekam die Ergebnisse automatisch geliefert (Pull-Prinzip).⁶⁹

Die Projekte wurden alle erfolgreich geplant, durchgeführt und abgeschlossen. Ob sie allerdings auch einen langfristigen Nutzen für die Klinik haben, wird im Folgenden diskutiert.

In erster Linie sollten die geforderten BAR-Kriterien erfüllt werden. Der Nutzen für die Mitarbeiter ist zunächst zweitrangig gewesen. Da dies jedoch dem Sinn des QM-Gedanken widersprechen würde, gilt es nun die Projekte fest in die Abläufe der BGU-LU zu integrieren.

So genügt es etwa nicht ein neues Leitbild zu erstellen, dieses auszudrucken und zu verteilen. Die Bedeutung und die Inhalte müssen in den Köpfen der Mitarbeiter auch ankommen. Aus diesem Grund ist das Reha-Leitbild während eines eintägigen Seminars durch alle Berufsgruppen ausformuliert worden. Im Bereich der Kommunikation des Leitbildes ist der erste Schritt in diese Richtung während des „QM-Kompakt-Tages“ unternommen worden. Dieser Tag ist eine Veranstaltung des QM-Teams gewesen, um die Mitarbeiter im stündlichen Rhythmus über das Thema QM und Zertifizierung zu informieren. Das Leitbild wurde nicht nur kurz angeschaut und überflogen, man setzte sich intensiv mit dessen Inhalten auseinander und versuchte sie in den Alltag zu übertragen. Da an diesem Tag jedoch nur ein Teil der Mitarbeiter vertreten gewesen ist, sollte man sich Gedanken über die weitere Verbreitung des Leitbildes machen. Es wäre sicherlich von Vorteil, sich während der regelmäßigen Teambesprechungen erneut mit dem Thema Leitbild auseinanderzusetzen. Ein ähnliches Vorgehen sollte bei der Verbreitung der „Indikationsspezifischen Behandlungskonzepte“ wie auch des Einrichtungskonzeptes in Erwägung gezogen werden.⁷⁰

⁶⁹ Vgl. North, 2010: S. 294

⁷⁰ Vgl. Berner, 2010: S. 65-69

Nur Mitarbeiter die intensiv an der Zertifizierung beteiligt gewesen sind haben Kenntnis über die neuen Dokumente, weshalb die Informationen im nächsten Schritt an jeden einzelnen Mitarbeiter weitergeleitet werden sollten. Hierfür ist es sinnvoll die „Top-down-Strategie“⁷¹ einzusetzen. Um den Durchdringungsgrad steigern zu können muss der Informationsfluss von oben nach unten verlaufen bzw. von den Abteilungsleitungen hin zu allen agierenden Mitarbeitern. Es ist also Aufgabe der Führung ihre Mitarbeiter über alle relevanten Sachverhalte und Veränderungsprozesse aufzuklären.⁷²

In diesem Zusammenhang ist neben der Verantwortung der Abteilungsleitungen die Unterstützung des QM-Teams während der Durchführung der Projekte von großer Bedeutung gewesen. Bestätigt wird dieser Eindruck durch die Ansichten von Noé. Dieser ist der Meinung, dass durch „den Einsatz und die Beherrschung von Führungsmitteln in Form von Planungs- und Steuerungssystemen eine zielorientierte Vorbereitung, Planung, Steuerung, Dokumentation und Überwachung“⁷³ der Umsetzung stattfinden konnte. Das QM-Team unterstützte die Mitglieder der jeweiligen Projektgruppen bei der Überprüfung der Zieleinhaltung sowie bei schwerwiegenden Entscheidungen.

Wichtigstes Instrument und Erfolgsfaktor während des Umsetzungsprozesses war dabei die Kommunikation. Ein guter Informationsfluss sorgt dafür, dass keine Missverständnisse entstehen und Probleme erst gar nicht auftreten. Wichtige Informationen laufen in der BGU-LU zunächst an das Top-Management, doch werden diese im Anschluss auch auf der operativen Ebene kommuniziert. Die richtigen Personen wussten meist zum richtigen Zeitpunkt über die wichtigen Informationen Bescheid. Genutzt wurden dafür alle vorhandenen Plattformen. Meist wurden Neuerungen persönlich kommuniziert und zusätzlich über E-Mail schriftlich festgehalten, sodass die Mitarbeiter den Sachverhalt jederzeit nachlesen konnten.

Da jedoch schon während des Prozesses Fragen der Mitarbeiter aufgekommen sind ist es besonders wichtig gewesen, sie in die konkreten Abläufe mit einzubinden. Es wurde nicht erst darauf gewartet bis alle Entscheidungen getroffen wurden, sondern die Kompetenz der Mitarbeiter auch zwischenzeitlich genutzt. Wichtige Entscheidungen wurden immer im großen Team besprochen und entschieden. Bei Unstimmigkeiten wurde die beste Lösung für alle beschlossen.

⁷¹ Vgl. Vahs, 2009: S. 377f.

⁷² Vgl. Vahs, 2009: S. 377

⁷³ Noé, 2009: S. 27

Schwierigkeiten gab es nur gelegentlich mit dem Umfang der Informationen. Durch die breite Streuung von Wissen wurde der Mitarbeiter zeitweise über Sachverhalte aufgeklärt, die ihn persönlich nicht betroffen haben. Die Folge ist eine Reizüberflutung gewesen, welche für eine abnehmende Wahrnehmung sorgte. (information overload) ⁷⁴ Wichtige Informationen können so auch künftig verloren gehen. Für den Einzelnen ist nur von Bedeutung was es für ihn persönlich heißt, wenn dies oder jenes passiert. Er stellt sich allein die Frage, welche Risiken und Nachteile bei Nichtumsetzung entstehen und welchen Nutzen bzw. Vorteil das Ganze für die gesamte Klinik hat.

Künftig ist also zu überlegen, ob der Umfang der Informationen nicht besser auf die einzelnen Beschäftigten abgestimmt werden können.

⁷⁴ Vgl. Böhringer/Bühler/Schlaich, 2011: S. 488

5.1.2 Interne Audits

Als internes Audit bezeichnet man interne Untersuchungsverfahren die dazu dienen, bestehende Prozesse hinsichtlich der Erfüllung von Anforderungen und Richtlinien zu bewerten.⁷⁵ In der BGU-LU ist das interne Audit eines der wichtigsten Instrumente, um die Wirksamkeit und Effizienz des QM-Systems zu überprüfen. Im Rahmen der Zertifizierung setzte man es gezielt als Werkzeug zur Vorbereitung der Mitarbeiter auf die Fremdbewertung ein.⁷⁶ Neben internen Audits durch die geschulten Auditoren der BGU-LU fand ein weiteres Audit durch die Kollegen der BGU Tübingen statt. Durch die Betrachtung der Abläufe und Prozesse aus externer Sicht konnten so weitere Verbesserungspotentiale aufgedeckt und zur Vorbereitung genutzt werden.

Daraus ergeben sich überwiegend Vorteile für die Mitarbeiter der BGU-LU. Macht das QM ihnen den Nutzen jedoch nicht deutlich, können Audits als falsch verstandene Kontrolle gesehen werden und somit zur Verunsicherung führen. Eine derartige Kontrolle ist im Krankenhausalltag eher ungewohnt. Weiß ein Mitarbeiter nicht, worum es bei einem Audit geht, bekommt er vielleicht das Gefühl mitten in einem Verhör zu sitzen. „Jemand aus dem Management möchte überprüfen, ob ich meine Arbeit gut mache.“⁷⁷ Das vermittelt den Eindruck, dass aus Sicht der Leitung Misstrauen gegenüber dem Mitarbeiter besteht, weshalb sich dieser überrumpelt und kontrolliert fühlt. Da interne Audits in der BGU-LU aber bereits zur Routine gehören, hat sich dieser Eindruck nicht ergeben.

Den Mitarbeitern konnte etwas die Angst vor der Zertifizierung genommen werden, indem sie eine ähnliche Situation durch das interne Audit bereits erleben konnten. Dabei wurde der aktuelle Ist-Zustand erkannt und somit Verbesserungspotentiale für die Zertifizierung aufgedeckt. Zusätzlich nutzte das QM diese Situation, um den Mitarbeitern wichtige Informationen zu übermitteln und so indirekt den Durchdringungsgrad zu fördern. Die gewonnenen positiven Erfahrungen mit der BGU Tübingen haben das QM-Team bestärkt, auch künftig externe Audits durchzuführen.

⁷⁵ Vgl. Gietl/Lobinger, 2009: S. 58

⁷⁶ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 13

⁷⁷ Expertengespräch Martin, 11.05.2012

5.1.3 Kommunikation im Rahmen der Zertifizierung

Die vollständige, zeitnahe und eindeutige Information der Mitarbeiter trägt wesentlich zum Erfolg eines Unternehmens bei. Gleichzeitig zählt sie zu den schwierigsten Herausforderungen und ist nur schwer zu bewältigen. Ob die BGU-LU sich dieser Herausforderung erfolgreich stellen konnte, wird im Folgenden erörtert.

Zu Beginn eines jeden Projektes steht die Kommunikation mit den Mitarbeitern. Diese müssen über die wichtigsten Sachverhalte aufgeklärt werden, um sich persönlich an der Umsetzung beteiligen zu können. Die anstehende Zertifizierung wurde zunächst unter den Qualitätsausschussmitgliedern und den Qualitätsbeauftragten diskutiert. Die Teilnehmer sollten die Informationen dann im Anschluss in die verschiedenen Bereiche tragen, um für eine weite Streuung zu sorgen. Um den Mitarbeitern auch etwas in die Hand zu geben wurden KTQ-Info-Plakate⁷⁸ erstellt und im ganzen Haus verteilt. Unterstützt wurde dieser Informationsfluss durch einen Zeitungsartikel in der aktuellen Ausgabe der Mitarbeiterzeitung.⁷⁹ Ein anderer Weg, um schnell neues Wissen zu verteilen sind die KTQ-Info-Mails gewesen. Täglich wurden E-Mails mit neuen und aktuellen Fragen rund um die Zertifizierung an alle Mitarbeiter versendet, was gleichzeitig zur guten Vorbereitung diente.

Alle relevanten Informationen und Daten in Bezug auf die Zertifizierung wurden beim QM-Team gesammelt. So gab es eine zentrale Anlaufstelle bei Nachfragen und Problemen, die jedem Mitarbeiter zu jeder Zeit zur Verfügung stand. Traten wichtige Aspekte auf, die nicht im kleinen Kreis geklärt werden konnten, wurde eine Gesprächsrunde mit den Vertretern des gesamten Reha-Teams organisiert. Dadurch konnte das Wissen und die Fähigkeiten von allen Arbeitsgruppen genutzt werden, um gemeinsam Entscheidungen zu treffen und schließlich auch Lösungen zu finden. Das QM unterstützte das Team in Form eines Moderators, mit dem Ziel der ergebnisorientierten, strukturierten und teilnahmeorientierten Teamarbeit und versuchte die Gespräche immer in die richtige Richtung zu lenken. Dadurch konnten ineffektive und ergebnislose Diskussionen vermieden werden, die nur zu Ärger und Unverständnis geführt hätten.⁸⁰

Ein gutes Beispiel für die erfolgreiche Moderation ist die gehaltene Besprechung zum Thema „Prozessbeschreibung DRK-Patientenhotel“.

⁷⁸ Siehe Anhang E: S. XXII

⁷⁹ Siehe Anhang C: S. XIXf.

⁸⁰ Vgl. Noé, 2010: S. 210

Natürlich hätte das QM den einfachen Weg gehen können und alle relevanten Informationen von den entsprechenden Stellen einsammeln und das Dokument im Anschluss erstellen können.

Dies hätte jedoch nicht zur gewünschten Eigenaktivität der Gesprächsteilnehmer geführt. Durch die Einbindung aller am Prozess Beteiligten an einer Besprechung wurde ein Rahmen geschaffen, in welchem jeder einzelne seine Kompetenz mit einbringen konnte. Es wurden des Weiteren auch Themen diskutiert, die schon seit längerem der Aufklärung bedurften und somit gelöst werden konnten. Zusätzlich hat das Gespräch zum gegenseitigen Verständnis und dadurch zur Konfliktbewältigung beigetragen. Aufgrund seiner inhaltlichen Neutralität konnte sich der QMB ganz auf die methodische und die Beziehungsebene konzentrieren, was letztlich auch einen guten Moderator ausmacht.

5.1.4 Schulung der Mitarbeiter

Um die Mitarbeiter entsprechend auf die Zertifizierung vorzubereiten führte das QM-Team intensive Gespräche mit den einzelnen Bereichen wie auch Teilnehmern. Zunächst wurden Schulungstermine mit dem therapeutischen, dem ärztlichen und dem pflegerischen Team vereinbart, um allgemein relevante Informationen an die Mitarbeiter zu übermitteln. Dazu zählte etwa die Navigation durch das QM-Handbuch, die Kenntnis über das überarbeitete Einrichtungskonzept oder auch das Wissen über bestimmte wichtige Themen wie Datenschutz, Brandschutz und Notfallmanagement. Auf diesem Weg konnten Informationsdefizite erkannt und sofort abgebaut werden. Im nächsten Schritt wurde ein Treffen des gesamten therapeutischen Teams veranlasst, um eventuelle Differenzen oder Spannungen zwischen den verschiedenen Arbeitsgruppen beseitigen zu können. So war die korrekte Abbildung der Therapieziele ein bedeutsames Thema, welches alle Bereiche beschäftigte. Im letzten Schritt beschäftigte sich das QM-Team mit der konkreten Vorbereitung einzelner Mitarbeiter. Bei Bedarf wurden dann Termine ausgemacht, um persönliche Fragen zum eigenen Arbeitsbereich stellen zu können. Die Mitarbeiter empfanden diese Möglichkeit als sehr hilfreich und waren dankbar für die gute Vorbereitung. Belegt wurde dieser subjektive Eindruck durch die Auswertung der im Anschluss durchgeführten Umfrage zum Thema Zertifizierung. Der Großteil der Teilnehmer bedankte sich für die Unterstützung des QM-Teams und stellte eine positive Entwicklung während des letzten Jahres fest.

Um auch letzte Fragen und Unsicherheiten der Mitarbeiter klären zu können veranstaltete das QM-Team drei Wochen vor der Zertifizierung einen so genannten „QM-Kompakt-Tag“. Im stündlichen Rhythmus konnten sich die Mitarbeiter an vier verschiedenen Stationen über das Thema QM und Zertifizierung informieren. Die Stationen teilten sich wie folgt auf:

- 1. Station - QM-Handbuch. Im Rahmen einer Kurzpräsentation wurde die Struktur des Handbuches erläutert und auf für die Zertifizierung relevante Dokumente eingegangen. Die Mitarbeiter hatten dabei die Möglichkeit gezielte Fragen zu bestimmten Dokumenten zu stellen.
- 2. Station - Do's und Dont's. Nun war die Eigeninitiative der Mitarbeiter gefragt. Es wurden zwei Plakate mit den „Do's“ und „Dont's“ während der Zertifizierung aufgestellt, die den Teilnehmern Grundregeln übermitteln sollten.
- 3. Station – BAR-Kriterien. Die 11 BAR-Kriterien waren ebenfalls in Form eines Plakates abgebildet. Dazu konnten die Teilnehmer farblich zugeordnet die entsprechenden Dokumente zum jeweiligen Kriterium einsehen.

- 4. Station – Gewinnspiel. Um die Erkenntnisse der Schulung überprüfen zu können, konnten die Mitarbeiter einen Fragebogen ausfüllen. Von allen richtigen Bögen wurden nach der Zertifizierung zehn Gewinner ausgelost, die als Belohnung gemeinsam eine Fortbildung besuchen durften.

Durch die Schulungen der Mitarbeiter konnte das QM in seiner Funktion als Coach aktiv werden.⁸¹ Die Teilnehmer wurden professionell beraten und bei ihren Fragestellungen individuell unterstützt. Durch das Stellen allgemeiner Fragen zu den wichtigsten Themen wurde der Mitarbeiter dazu angeregt, sein Wissen zu überprüfen und über den eigenen Wissensstand nachzudenken. Er sollte sich selbst die Frage stellen: „Über welche Themen weiß ich gut Bescheid, wo sind noch Wissenslücken“. Dadurch wurde den Mitarbeitern die Angst vor unvorhergesehenen Fragen bei der Zertifizierung genommen. Des Weiteren konnte ihnen deutlich gemacht werden, dass sie sich auf ihre vielfältigen Stärken beziehen sollen und nicht auf die wenigen Schwächen. Bei jeder Möglichkeit übermittelte das QM-Team den Mitarbeitern, dass sie auf einem guten Weg sind und das Ziel erreichen werden. Diese Einstellung führte zu einem positiven Arbeitsklima und einer entspannten Atmosphäre.

Dass das QM-Team die Teilnehmer bestmöglich vorbereitet hatte, wurde während der Zertifizierung besonders deutlich. Die Visitoren stellten ähnliche, wenn nicht sogar dieselben Fragen wie das QM-Team während der Einzelgespräche. Jeder Teilnehmer konnte die richtigen Antworten geben und holte sich bei Unwissen die Unterstützung der entsprechenden Kollegen ein.

⁸¹ Vgl. Noé, 2010: S. 214

5.1.5 Probevisitation

Um den Mitarbeitern die Nervosität vor der anstehenden Zertifizierung zu nehmen, wurde im Rahmen von Begehungen und kollegialen Dialogen eine Probevisitation durch ZeQ durchgeführt. Trotz guter Vorbereitung waren sich einige Mitarbeiter unsicher, was sie von der kommenden Visitation halten sollten. Natürlich konnten sie bereits Erfahrungen während der Zertifizierung des Akutbereiches Ende 2010 wie auch bei den internen Audits sammeln, doch ist jede Fremdbewertung eine neue Herausforderung. Auch wenn sich das erfolgreiche Bestehen nicht garantieren lässt, so lassen sich durch intensive Übung viele Fehler vermeiden. Ziel ist nicht den Teilnehmern einen vorgeschriebenen Text zu diktieren, sondern sie bestmöglich vorzubereiten und für ein sicheres Auftreten zu sorgen.⁸² Eventuelle inhaltliche Wissenslücken können im Voraus geschlossen werden und Verhaltensregeln eingeübt werden. Des Weiteren wird die Wichtigkeit der Zertifizierung erneut in das Bewusstsein der Mitarbeiter gerufen. Manch einer nimmt das Verfahren eventuell nicht ernst genug und steht der Visitation gleichgültig gegenüber. Eine Probevisitation ist dabei als Chance zu sehen, auch diesen Mitarbeitern nötiges Wissen zu vermitteln und sie eventuell von ihrer kritischen und negativen Meinung abzubringen.

Vor der Probevisitation am 10. und 11. Mai wurde vom QM-Team, gemeinsam mit ZeQ, der Visitationsplan festgelegt. Der Zeitrahmen wurde recht straff gehalten, um möglichst viele Bereiche überprüfen zu können. Wichtige Themen, die noch nicht weitläufig im Bewusstsein der Mitarbeiter verankert waren, wurden besprochen, um sie in die kollegialen Dialoge mit einzubinden. Wie auch bei der echten Visitation wurden Gesprächspartner festgelegt, die die Inhalte der Klinik am besten darstellen können.

Im Anschluss an die Begehungen und kollegialen Dialoge wurden Visitationsberichte von Seiten der ZeQ geschrieben, um den Teilnehmern ein Feedback über ihre Leistung und den Verlauf der Visitation zu geben. Zusätzlich wurde ein zusammenfassender Bericht verfasst, welcher übergreifend alle relevanten Themen aus der Probevisitation beinhaltet. Zentraler Schwerpunkt war hier etwa die Überprüfung und einheitliche Einführung der Entsorgung des Datenmülls, die Nachvollziehbarkeit der Dokumentation der Therapieziele und die kontinuierliche Überprüfung der Betäubungsmittel-Bücher durch den Stations- bzw. Oberarzt. Des Weiteren wurde die oft separate Führung von Dokumentation als nicht zielführend bemängelt.

⁸² Vgl. Homepage JOMEC, 14.06.2012

Durch Doppeldokumentation entsteht nicht nur ein erhöhter Arbeitsaufwand, sondern zusätzlich das Risiko von Falschübertragung und eine nicht adäquate Archivierung aller Dokumente in die Patientenakte. Die Berichte wurden an den jeweils zuständigen Bereich übermittelt und dort zur Erarbeitung konkreter Maßnahmen genutzt.

Da die Probevisitation von allen Mitarbeitern als voller Erfolg angesehen wurde kam im QM-Team die Frage auf, ob der Berater der ZeQ eventuell zu nachsichtig bei den Dialogen und Begehungen gewesen ist. Durch seine ruhige und verständnisvolle Art der Fragenstellung fühlten sich die Mitarbeiter wohl und konnten offen sprechen. Daraus ergab sich jedoch die Befürchtung, dass die tatsächliche Zertifizierung nicht so kollegial ablaufen könnte. Was die Teilnehmer der Visitation dabei jedoch außer Acht gelassen hatten war die Tatsache, dass der Visitor trotz seiner freundlichen Art durchaus kritische Fragen gestellt hatte. Bei Unklarheiten wurden diese nicht einfach so angenommen sondern erneut danach gefragt, um die kritischen Aspekte aufzudecken und den Mitarbeitern zu übermitteln. Die Befürchtungen waren entsprechend unbegründet.⁸³

Rückblickend ist die Probevisitation als positive Erfahrung für die Mitarbeiter aber auch für das QM-Team zu betrachten. Ungeklärte Fragen konnten beantwortet werden, was die Anspannung deutlich sinken ließ. Auf der anderen Seite wurde bewusst, an welchen Themen noch gearbeitet werden sollte, um die Zertifizierung erfolgreich bestehen zu können. Neben dem Aspekt der Vorbereitung wurde den Mitarbeitern erneut deutlich gemacht, wie wichtig das erfolgreiche Bestehen für die gesamte Rehabilitationsklinik ist.

⁸³ Vgl. Expertengespräch QM-Team, 12.05.2012

5.2 Visitation

Die Visitation der Rehabilitationsklinik in der BGU-LU fand plangemäß vom 20. bis 22. Juni 2012 statt. Der erste Tag der Zertifizierung sollte erst mittags um 13 Uhr beginnen, weshalb das QM-Team noch die Möglichkeit eines letzten Rundganges hatte. Gemeinsam mit dem Leiter der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung (REHA) der Weg für die Übersichtsbegehung durchdacht und festgelegt. Nach der pünktlichen Ankunft der Visitoren sowie der Visitationsbegleitung wurden den Besuchern zunächst die strukturellen Begebenheiten der Klinik im Rahmen einer PowerPoint-Präsentation aufgezeigt. Im Anschluss folgte eine Übersichtsbegehung, die den Abschluss des ersten Tages bildete. Die Visitoren zogen sich zurück und sichteten die Dokumente der Klinik.

Die folgenden zwei Tage verliefen identisch. Es fanden Begehungen wie auch kollegiale Dialoge statt, die zur vollsten Zufriedenheit von Seiten der Klinik abliefen. In den Pausen für die Mitarbeiter wurden erneut die entsprechenden Dokumente und Unterlagen gesichtet. Zum Abschluss der Visitation trafen sich alle Teilnehmer der BGU-LU wie auch die Visitoren im Speisesaal der Klinik. Nach der Empfehlung des Zertifikats für die BGU durch die Visitoren ist die Freude wie auch die Erleichterung der Mitarbeiter eindeutig zu spüren gewesen. Nach einer Zusammenfassung der Ergebnisse durch die Visitoren konnten sich die Mitarbeiter bei der abschließenden KTQ-Feier gegenseitig beglückwünschen.

Während der Zertifizierung ist die Atmosphäre unter den Mitarbeitern entspannter gewesen, als erwartet wurde. Das QM-Team wie auch der Leiter der Abteilung REHA sind optimistisch gewesen, dass die nächsten zwei ein halb Tage positiv ablaufen würden. Es gab keine offenen Aufgabenfelder mehr und die Teilnehmer wurden ausreichend geschult, weshalb die Gesprächsteilnehmer mit einem guten Gefühl in die Dialoge gegangen sind. Die Überzeugung, dass die BGU-LU gute Arbeit leistet und dass das gesamte Reha-Team von seinem Erfolg ausgeht ist deutlich zu spüren gewesen.

Nun stellt sich die Frage, ob diese Einstellung von Vorteil für den Ablauf der Zertifizierung gewesen ist, da ein wenig Prüfungsangst durchaus auch positive Aspekte beinhaltet. Ohne Aufregung besteht die Gefahr, dass man die Prüfungssituation nicht ernst genug nimmt und sich somit auf bereits getaner Arbeit ausruht.⁸⁴ Betrachtet man diese Situation nun genauer lässt sich erkennen, dass die lockere Stimmung auf die gute Vorbereitung aller Teilnehmer zurückzuführen ist.

Das QM-Team hat die Mitarbeiter bestmöglich auf die Visitation und die kollegialen Dialoge vorbereitet. Dies wäre jedoch nicht ohne die Motivation und die Mitarbeit der Mitarbeiter selbst gegangen. Jede Form der Vorbereitung hätte zu keinem Erfolg geführt, wenn die Teilnehmer nicht aus eigener Überzeugung heraus bereit gewesen wären sich in den Prozess mit einzubringen.

Übermittelt wurde diese positive Einstellung bereits während der Begrüßung der Visitoren und der Visitationsbegleitung. Diese fand im großen Rahmen statt. Das QM-Team wurde unterstützt von der Klinikleitung und vom gesamten therapeutischen Team. Die Visitoren waren positiv überrascht von der Vielzahl der Mitarbeiter. Durch die hohe Anwesenheit kam die Anerkennung des Verfahrens zum Ausdruck, was durch die Pünktlichkeit aller Teilnehmer bei den Dialogen und Begehungen bekräftigt wurde.

Womit sich das QM-Team allerdings auseinandersetzen musste war die unterschiedliche Art und Weise der Fragenstellung der Visitoren. Während der ärztliche Visitor erfahren und durchaus kritisch in die Dialoge gegangen ist, war dem therapeutischen Visitor seine erste Zertifizierung deutlich anzumerken. Die Fragen wurden recht oberflächlich gestellt und ein roter Faden ließ sich für niemanden erkennen. Anstatt ihm aus diesem Grund jedoch weniger Beachtung zu schenken versuchte das QM-Team ihn bei seinen Fragen zu unterstützen.⁸⁵ Auf der einen Seite konnten so die Stärken der Klinik besser dargestellt und auf der anderen Seite mögliche Verbesserungspotentiale aufgedeckt werden.

Bestätigt wurde dieser Eindruck während des kollegialen Dialoges zum Thema Qualitätsmanagement. Dieser ist nach dem Prinzip „Wer fragt, der führt!“⁸⁶ abgelaufen. Zwar wurden die einleitenden Fragen von den Visitoren gestellt, doch hatten sie im Anschluss kaum mehr eine Möglichkeit nachzuhaken.

⁸⁴ Vgl. Spiegel Online, 2004

⁸⁵ Vgl. Expertengespräch QM-Team, 12.05.2012

⁸⁶ Sprenger R., 2010: S. 135

Die Teilnehmer des Dialoges stellten sich selbst Rückfragen und ergänzten die Aussagen des anderen, wodurch sie das Gespräch aktiv leiten konnten.

Betrachtet man die Zertifizierung nun aus Sicht der Mitarbeiter ist es besonders wichtig gewesen, dass alle geplanten Begehungen und Dialoge auch wirklich stattgefunden haben. Dadurch wurde ihre Arbeit wertgeschätzt und sie bekamen nicht den Eindruck, dass sie umsonst so hart gearbeitet hätten.

Zusammengeführt wurden diese Gedanken während der täglichen Abschlussbesprechung des QM-Teams. Gewonnene Eindrücke wurden miteinander abgeglichen und ausgewertet. Bei unerwünschten Abweichungen des Verlaufs hätten in diesem Rahmen Gegenmaßnahmen zur Verbesserung der Situation entwickelt werden können, bevor sie sich negativ auf das Ergebnis ausgewirkt hätten.

6 Kritische Analyse und Nutzen für die Zukunft

Da der Zertifizierungsprozess in seinem gesamten Umfang bereits erfasst wurde, gilt es nun im Zuge des zweiten Teils dieser Arbeit die Prozesse und Abläufe in der BGU-LU kritisch zu hinterfragen und den Nutzen für die Zukunft herauszustellen.

6.1 Wirksamkeit der Organisationsstruktur

Das Qualitätsmanagement der BGU-LU ist eine gut strukturierte Organisation, was eine systematische und zielgerichtete Bewältigung von komplexen Aufgaben ermöglicht. Denn „jedes zielgerichtete Zusammenwirken von Teilen eines Ganzen beruht auf einer Ordnung“ und „ohne Ordnung herrscht Chaos, was in der Übersetzung nichts anderes als totale Verwirrung oder Durcheinander bedeutet“.⁸⁷

Doch was genau ist denn eigentlich eine Organisation? Beschäftigt man sich mit der bestehenden organisationswissenschaftlichen Literatur erkennt man recht schnell, dass der Organisationsbegriff eine große Definitionsvielfalt aufweist. Erkennbar wird dies am Beispiel drei ausgewählter deutscher Vertreter der Organisationslehre. Während Kosiol und Grochla eher ein globales Organisationsverständnis im Sinne von „Organisieren“ vertreten, meinen Kieser und Walgenbach das Ergebnis der organisatorischen Tätigkeit.⁸⁸ Im Folgenden werden die drei Definitionen gegenübergestellt.

- Kosiol hebt bei seiner Definition besonders die Dauerhaftigkeit hervor und versteht unter Organisation die zielorientierte „integrative Strukturierung von Ganzheiten oder Gefügesystemen“.⁸⁹
- Nach Kieser und Walgenbach sind Organisationen als „soziale Gebilde, die dauerhaft ein Ziel verfolgen und eine formale Struktur aufweisen“ anzusehen, „mit deren Hilfe die Aktivitäten der Mitglieder auf das verfolgte Ziel ausgerichtet werden sollen“.⁹⁰
- Für Grochla wiederum ist Organisation „als Strukturierung von Systemen zur Erfüllung von Daueraufgaben zu kennzeichnen“.⁹¹

⁸⁷ Vahs, 2009: S. 10

⁸⁸ Vgl. Vahs, 2009: S. 11

⁸⁹ Kosiol, 1983: S. 13

⁹⁰ Kieser/Walgenbach, 2007: S. 6

⁹¹ Grochla, 1983: S. 13

Trotz des unterschiedlichen Verständnisses haben alle genannten Definitionen ein gemeinsames Grundverständnis, das folgende Merkmale beinhaltet:⁹²

- Merkmal 1: Organisationen sind zielgerichtet⁹³
- Merkmal 2: Organisationen sind offene soziale Systeme⁹⁴
- Merkmal 3: Organisationen weisen eine formale Struktur auf⁹⁵

Wie diese Merkmale in der Rehabilitationsklinik der BGU-LU integriert sind, wird im nächsten Absatz deutlich.

- Merkmal 1: Organisationen sind zielgerichtet

„Wenn du nicht weißt, wohin du gehst, wie kannst du erwarten, dort anzukommen!“⁹⁶ Dieses Zitat bildete die Grundlage für die Vorbereitungen der BGU-LU auf die Zertifizierung. Das QM-Team hat von vornherein erkannt, dass es wichtig ist Ziele zu formulieren, um das übergeordnete Ziel der erfolgreichen Zertifizierung überhaupt erreichen zu können. Zu diesem Zweck wurde die Veranstaltung des „KTQ-Reha-Kurzchecks“ geplant und erfolgreich durchgeführt. Während dieses einführenden Seminars wurden konkrete Ziele festgelegt, weshalb die Mitarbeiter im Verlauf der Vorbereitungen immer genau Bescheid wussten, ob sie noch auf dem richtigen Weg sind. Es war Ihnen also möglich einen Vergleich zwischen angestrebten Zuständen (Soll-Zustände) und aktuellen Zuständen (Ist-Zuständen) zu ziehen. Offene Aufgabenbereiche konnten so schnell erfasst und im nächsten Schritt abgearbeitet werden.

- Merkmal 2: Organisationen sind offene soziale Systeme

Spricht man von sozialen Systemen, so ist der unmittelbare Bezug auf die menschlichen Elemente solcher Systeme gemeint. Des Weiteren ist eine Organisation nach Vahs als offenes System zu bezeichnen, da zwischen den Elementen und ihrer Umwelt wechselseitige Beziehungen bestehen.⁹⁷ Ein Krankenhaus, wie die BGU-LU eines ist, gilt als klassisches offenes System.

- Merkmal 3: Organisationen weisen eine formale Struktur auf

⁹² Vgl. Vahs, 2009: S. 11

⁹³ Vgl. Vahs, 2009: S. 11

⁹⁴ Vgl. Vahs, 2009: S. 11

⁹⁵ Vgl. Vahs, 2009: S. 11

⁹⁶ Zitat nach Walsh, o.Jg.

⁹⁷ vgl. Dietmar Vahs, 2009, S. 10

Um eine zielgerichtete Zusammenarbeit in der BGU-LU sicherstellen zu können, ist ein festes und in Regeln formalisiertes Beziehungsgefüge von Nöten.

Durch die geregelten Strukturen innerhalb des Unternehmens, aber besonders die des QM, kann das Verhalten und die Leistungen der Organisationsmitglieder im Hinblick auf die Organisationsziele gesteuert werden. Steinmann und Schreyögg formulieren hier sehr treffend: „Untersucht man den Organisationsvorgang näher, so zeigt sich sehr schnell, dass es im Kern darum geht, dauerhafte Regelungen zu schaffen: Regeln zur Festlegung der Aufgabenverteilung, Regeln der Koordination, Verfahrensrichtlinien bei der Bearbeitung von Vorgängen, Beschwerdewege, Kompetenzabgrenzungen, Weisungsrechte, Unterschriftsbefugnisse usw.“⁹⁸ Gibt es allerdings eine zu stark geprägte Strukturierung, kann dies zu einer starren Bürokratie führen, was Auswirkungen auf die Effizienz im Unternehmen hat.⁹⁹

In der BGU-LU sind grundlegende Strukturen und Abläufe geregelt, was für einen konkreten Arbeitsrahmen sorgt. Da jedoch viel Wert auf offene Kommunikation und die Meinung der Mitarbeiter gelegt wird, können diese die Regelungen und Vorgänge mitgestalten, wodurch die Gefahr einer theoretischen Arbeitsweise und einer damit verbundenen Bürokratie gemindert werden kann.

Die vorausgehenden Erkenntnisse machen recht deutlich, dass eine Einzelperson kaum in der Lage wäre, all diese Aufgaben alleine zu bewältigen. Aus diesem Grund besteht das QM-Team nicht nur aus einem QMB, sondern aus drei weiteren Mitarbeitern. Diese unterstützen ihn bei seinen Aufgaben und vertreten ihn. Da auch dieses Team nicht ausreicht, um die Gesamtaufgabe aufgrund ihrer Komplexität erfolgreich wahrnehmen zu können, existiert in der BGU-LU ein Qualitätsausschuss. Dessen Vertreter tragen die Informationen in alle Teilbereiche der Klinik und sorgen somit für einen guten Informationsfluss. Dabei können jedoch auch Probleme auftreten. Zum einen das Problem der Arbeitsteilung (organisatorische Differenzierung) und zum anderen das Problem der Arbeitsvereinigung (organisatorische Integration).¹⁰⁰

Wie diese Unterscheidung in der BGU-LU zu verstehen ist, wird anhand der nächsten Abbildung deutlich.

⁹⁸ Steinmann/Schreyögg, 2005: S. 439

⁹⁹ Vgl. Vahs, 2009: S. 14

¹⁰⁰ Vgl. Vahs, 2009: S. 51

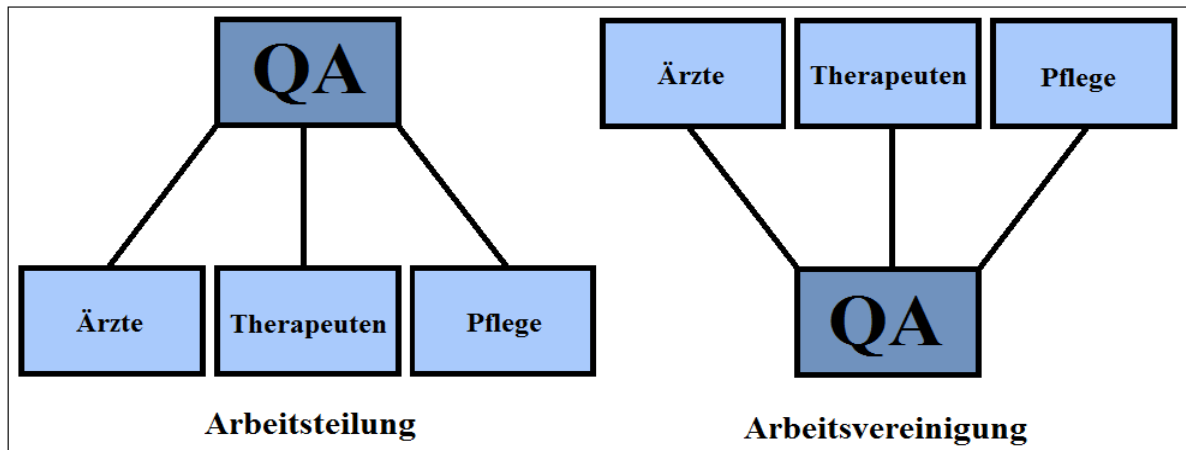


Abbildung 3: Arbeitsteilung und Arbeitsvereinigung ¹⁰¹

Während zu Beginn der QA-Sitzung Neuigkeiten zusammengetragen und ausgetauscht werden, ergeben sich am Ende daraus To-Do's. Diese werden je nach Aufgabengebiet differenziert und einer bestimmten Person oder Abteilung zugeschrieben. Das heißt es findet eine Arbeitsteilung statt. In den einzelnen Abteilungen kann es dann zu einer weiteren Differenzierung zu Teilaufgaben kommen. „Die Vorgehenslogik folgt dabei dem Grundsatz: Vom Groben zum Detail“. ¹⁰² Dies hat natürlich den Vorteil, dass die verschiedenen Aufgabenbereiche von Spezialisten abgehandelt werden und somit schnelleren Erfolg versprechen. Zusätzlich beteiligt sich jeder am übergeordneten Ziel der bestmöglichen Qualität, was für ein lebendiges QM-System in der BGU-LU sorgt. Von der anderen Seite betrachtet kann durch die starke Arbeitsaufteilung die Problematik der gegenseitigen Abhängigkeit auftreten. Ist ein Mitarbeiter mit seinen Aufgaben noch nicht fertig, dann kann der andere womöglich noch nicht weiterarbeiten. Das kann zu erheblichem Zeitverlust und Ärger unter den Mitarbeitern führen. Aus diesem Grund fungiert das QM-Team immer wieder als Koordinator und hält die Aufgaben nach. Ohne den positiven Druck durch das QM würden viele Aufgaben überhaupt zu keinem Abschluss kommen.

¹⁰¹ In Anlehnung an Vahs, 2009: S. 58

¹⁰² Vahs, 2009: S. 52

Der wesentlich schwierigere Aspekt hinter dem Ganzen ist jedoch die Arbeitsvereinigung.¹⁰³ „Die aus der Arbeitsteilung resultierende Aufgabendifferenzierung und die Spezialisierung der Aufgabenträger erzeugt Komplexität und wirft zwangsläufig das Problem auf, die getrennt erledigten Teilaufgaben wieder zielgerichtet zu einer geschlossenen Leistungseinheit zusammenführen zu müssen“¹⁰⁴ Da der Qualitätsausschuss monatlich einmal tagt, ergibt sich dieses Problem nur geringfügig. In der jeweils nächsten Sitzung wird kontinuierlich besprochen, was bereits erledigt wurde und was weiterhin bearbeitet werden muss. Eine Lücke ergibt sich nur durch das Fehlen eines Mitgliedes, was nicht zur Regel gehört.

Neben der Arbeitsteilung des Qualitätsausschusses mussten natürlich auch im QM-Team selbst die Tätigkeiten aufgeteilt werden. Durch kontinuierliche Treffen und Absprachen des QM-Teams untereinander wurde erkannt, was noch zu tun war und was bereits erledigt war. Die Aufteilung der Projekte erfolgte hauptsächlich durch die Kommunikation im Team. Jeder arbeitete an den Stellen, an welchen er den meisten Beitrag leisten konnte. Dennoch herrschte eine straffe Führung des QM's durch den QMB, welcher letztlich verantwortlich für die Delegation der Aufgaben gewesen ist. Um sich im Zeitraum kurz vor der Zertifizierung nur noch auf die Vorbereitung der Mitarbeiter konzentrieren zu können wurden alle anderen Tätigkeiten vorher abgeleistet.

Vergleicht man diesen Ablauf mit der vergangenen Visitation von 2010, so lässt sich eine deutliche Verbesserung erkennen. Vor zwei Jahren mussten in der Woche vor der Fremdbewertung einige Aufgaben noch bis spät in die Nacht abgehandelt werden, was zu einer erhöhten Anspannung führte - zusätzlicher negativer Stress, der dem QM-Team dieses Mal erspart geblieben ist.¹⁰⁵

Um das Qualitätsmanagementsystem als sinnvolles Instrument der Unternehmensführung nutzen zu können, muss der Qualitätsgedanke nicht nur in den Köpfen der Mitarbeiter tief verankert sein, sondern auch gelebt werden. Die Integration der Managementaufgabe ist in der BGU-LU vor der Zertifizierung erfolgreich geglückt. Ausschlaggebend dafür sind die hohe Akzeptanz und das Eingeständnis der Wichtigkeit der Qualität durch die Klinikleitung gewesen. Die drei Direktoren haben dem QM-System eine hohe Priorität zugemessen und vermittelten das so auch an alle Mitarbeiter.

¹⁰³ Vgl. Kieser/Walgenbach, 2007: S. 22f.

¹⁰⁴ Vahs, 2009: S. 51

¹⁰⁵ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 06.06.2012

Hierbei ist jedoch wichtig zu nennen, dass sich das Top-Management bei dem Thema QM gerne auf das QM-Team verlassen und ihm die aktive Position zugeschrieben hat. Wichtige Entscheidungen und Aufgaben sind im Voraus von den Mitarbeitern des QM's beschlossen und im Anschluss nur noch der Leitung präsentiert worden. So fiel die Erstellung des Managementreviews ganz dem Bereich des QM zu. Die ausgewerteten Informationen sind jedoch relevant für die gesamte Klinik und hätten wohl besser unter Mitarbeit der Direktoren entstehen sollen. Es ist also darüber nachzudenken, ob die Klinikleitung künftig nicht stärker in die aktiven QM-Prozesse mit einbezogen werden sollte.

Während des gesamten Zertifizierungsprozesses ist deutlich geworden, dass die Klinikleitung hinter der Arbeit des QM steht, sich aber persönlich nur dann damit beschäftigt, wenn es zwingend notwendig ist. Für die Zertifizierung haben sich die Direktoren bestmöglich vorbereitet und waren eine große Unterstützung für das gesamte Team. Während der kollegialen Dialoge konnten sie sich überzeugend einbringen und vermittelten somit den Eindruck, dass das QM-System in der BGU nicht nur besteht, sondern auch im Alltag gelebt wird.

Um an diese Erkenntnis zu gelangen, musste in den Monaten vor der Zertifizierung der QM-Gedanke den Mitarbeitern erneut bewusst gemacht werden. Sie sollten verstehen, dass es wichtig ist sich kontinuierlich zu verbessern, um auch in Zukunft weiterhin gute Arbeit leisten zu können. Durch die ständige Kommunikation dieser Einstellung durch das QM-Team konnte ein besseres Verständnis für die gesamte QM-Arbeit erreicht werden. Um diese neue Kultur auch beizubehalten sollten künftig mehr Informationsveranstaltungen durch das QM stattfinden. Den Mitarbeitern muss vermittelt werden, dass sie natürlich gute Arbeit leisten, dass es jedoch umso schwerer ist so gut zu bleiben. Es wäre schade, wenn das QM-System nach der Zertifizierung wieder an Bedeutung verlieren würde.

Der Nutzen des QM kann den Mitarbeitern noch weiter verdeutlicht werden, indem man über bestehende Möglichkeiten nachdenkt. So existieren momentan bereits einige Instrumente die jedoch noch nicht bestmöglich genutzt werden. Es machte den Anschein, dass vieles nur erarbeitet wurde, damit es da ist. Eines dieser Instrumente sind die Jahresziele. Der Sinn hinter dem Ganzen ist den Mitarbeitern noch nicht wirklich deutlich übermittelt worden, weshalb sie nicht besonders wirksam sind. Durch die Erstellung der Jahresziele soll den Mitarbeitern der Weg vorgegeben werden, um an ihre Ziele zu kommen. Wenn die Mitarbeiter diese Ziele jedoch nicht kennen, kann an ihnen auch nicht gearbeitet werden. Sicher ist die Unterstützung des QM während der Jahreszielkonferenz von Bedeutung, doch sind auch hier immer wieder nur dieselben Vertreter vor Ort.

Der weitaus wichtigere Schritt ist die gemeinsame Erarbeitung der Jahresziele durch die gesamte Abteilung. Man könnte sich also darüber Gedanken machen, ob es nicht sinnvoller wäre, einzelne Termine festzulegen, bei welchen das QM die jeweilige Abteilung unterstützt.

Des Weiteren ist oft das Problem aufgetreten, dass das QM-Team Aufgaben übernommen hat, die nicht in seinem originären Arbeitsbereich gelegen haben. Natürlich ist es wichtig gewesen gewisse Gedanken anzuregen und den Denkanstoß für einige Projekte zu geben, doch hätte die Umsetzung zum Großteil in der Hand der Zuständigen liegen müssen. Daraus sind einige Konfliktsituationen entstanden, die dann in Folge der falschen Verantwortung an das QM herangetragen wurden.

In seiner Funktion als Vermittler und Koordinator hat das QM gute Arbeit geleistet, doch scheint es sinnvoller Probleme direkt mit den richtigen Personen zu klären. Zu Beginn wurde so eher der Gedanke übermittelt, dass das QM die Zertifizierung unbedingt möchte und nicht etwa die handelnden Akteure - eine Einstellung die zu fatalen Folgen hätte führen können. Die Mitarbeiter wussten, dass das QM Team gute Arbeit leistet und ruhten sich zeitweise darauf aus. Die Verantwortlichen mussten immer wieder darauf hingewiesen werden, dass sie ihre Aufgaben zu erledigen haben und sich nicht darauf verlassen sollen, dass das QM schon alle wichtigen Projekte abschließen wird.

Für die Zukunft sollte deshalb ein Mittelweg gefunden werden, zwischen einer positiven Unterstützung durch QM und der Abnahme von Arbeit. Da das QM-Team diesen Aspekt jedoch bereits selbst erkannt hatte, wurden gegen Ende der Vorbereitungen auf die Zertifizierung Gegenmaßnahmen entwickelt. Man versuchte die Eigeninitiative der Mitarbeiter zu fördern, um ihnen bewusst zu machen, dass es Ihre Zertifizierung ist und nicht die des Qualitätsmanagements. Dieser Wandel wurde besonders am „QM-Kompakt-Tag“ deutlich. Den Besuchern wurde nicht länger die passive Position zuge-dacht, indem sie sich einen Vortrag nach dem anderen anhören durften, sondern wurden dazu animiert selbst aktiv mitzuwirken.

6.2 Führungsstil des QM-Teams

Um die Wirksamkeit der Organisationsstruktur sicherstellen zu können, braucht es einen angemessenen Führungsstil des QMB's wie auch des QM-Teams. Ist die Leitung des QM's nicht von der eigenen Sache überzeugt, kann sie den Mitarbeitern den Sinn der eigenen Arbeit auch nicht übermitteln. Die Leitung muss für sein Tun einstehen und den anderen als Vorbild funktionieren.

Aus diesem Grund ist der Führungsstil des QM-Teams wie auch des QMB's von folgenden Eigenschaften geprägt:¹⁰⁶

- Führung durch Überzeugung
- Direkter Informationsfluss
- Förderung der Eigeninitiative und des Selbstbewusstseins der Mitarbeiter
- Mitarbeiterorientierung – Der Mensch steht im Mittelpunkt
- Probleme werden offen miteinander kommuniziert

Zusammenfassen lassen sich diese Charakterzüge im demokratischen Führungsstil. Die Leitung behält weitgehend die Führung, legt aber besonderen Wert auf den Kommunikationsaustausch mit den Mitarbeitern.¹⁰⁷ Diese können ihre Entscheidungen zum Großteil selbst treffen, was eine eigenständige Arbeitsweise und dessen Individualität fördert. Neben den vielen positiven Aspekten ergeben sich jedoch auch Nachteile aus diesem Führungsstil. Es besteht die Gefahr von mangelnder Disziplin und Unordnung. Aus diesem Grund wird situationsbedingt auch der autoritäre Führungsstil angewandt. Ist es von Nöten, erteilt das QM-Team bzw. der QMB auch Anordnungen, setzt Ziele fest und trifft letzten Endes auch die Entscheidungen. In der Praxis ist die Anwendung eines einzigen Führungsstils ohnehin nicht strikt durchsetzbar, da keiner der Stile immer effektiv ist.¹⁰⁸ Neben den Führungsstilen sind zusätzlich sogenannte Erfolgsparameter entscheidend für die Verhaltensweise der Leitung. Dazu gehören:

¹⁰⁶ Vgl. Führungsleitsätze, 2011: S. 3

¹⁰⁷ Vgl. Noé, 2010: S. 129-132

¹⁰⁸ Vgl. Noé, 2010: S. 129-132

- Kulturprägende Fähigkeiten – „sind diejenigen Fähigkeiten, die eine Führungskraft auszeichnen, um in einer Organisation Wegweiser für eine Unternehmenskultur zu sein und gemeinsame Wertvorstellungen zu prägen, um damit alle Mitarbeiter auf gemeinsame Ziele zu verpflichten.“¹⁰⁹
- Kommunikative Fähigkeiten – die Führungskraft erreicht die Umsetzung der angestrebten Ziele durch eine effektive Kommunikation. Dazu zählen etwa Mitarbeiterorientierung, Motivation und die Bildung einer Unternehmenskultur¹¹⁰
- Überzeugungs- und Umsetzungskraft – „Die aktive Umsetzung der Unternehmenskultur, der Werte und Ziele setzt Überzeugungs- und Umsetzungskraft voraus, die auf die Einbringung der ganzen Persönlichkeit einer Führungskraft angewiesen ist.“¹¹¹

Ob das QM-Team wie auch der QMB diese Fähigkeiten besitzen wird in den nächsten Absätzen geklärt.

Um die kulturprägenden Fähigkeiten des QM's darstellen zu können, bedarf es einer genaueren Betrachtung des so genannten „Beziehungs-Eisbergs“. Dieser bildet die formalen wie auch informalen Aspekte des Systems ab, welche bedeutend für die Bildung einer Unternehmenskultur sind.¹¹² Zu Beginn der Vorbereitungen auf die Zertifizierung wurden zunächst die formalen Aspekte betrachtet und bearbeitet. Darunter versteht man direkt erkennbare und somit leicht ableistbare Aufgaben. Ein konkretes Beispiel hierfür wäre die Überarbeitung des alten QM-Handbuchs, die Erstellung eines Reha-Organigramms wie auch die Ausarbeitung von Funktionsbeschreibungen für alle Mitarbeiter des Reha-Bereichs. Um ein solch koordiniertes Handeln im Hinblick auf die Unternehmensziele sicherstellen zu können, müssen zwischen den über- und untergeordneten Stellen dauerhafte Kommunikations- und Weisungsbeziehungen bestehen. Wie auch Dietmar Vahs sagt: „Eine höhere Stelle kann einer niedrigeren Stelle Weisungen erteilen.“¹¹³ Da das QM in der BGU-LU der Geschäftsführung angegliedert ist, konnten Entscheidungen durch den QMB getroffen werden, die die Mitglieder des Reha-Teams so akzeptieren mussten. Ohne diese Entscheidungskraft wären einige Projekte bis heute noch nicht abgeschlossen gewesen, weshalb diese Eigenschaft als positiv zu betrachten ist.

¹⁰⁹ Noé, 2010: S. 130

¹¹⁰ Noé, 2010: S. 130

¹¹¹ Noé, 2010: S. 130

¹¹² Vgl. Vahs, 2009: S. 109

¹¹³ Vahs, 2009: S. 110

Von wesentlich größerer Bedeutung sind jedoch die informalen Aspekte. Diese sind nicht unmittelbar erkennbar, weshalb sich gewissermaßen der „Blick unter die Wasseroberfläche“ empfiehlt.¹¹⁴ Deutlich wird dies anhand der folgenden Darstellung.

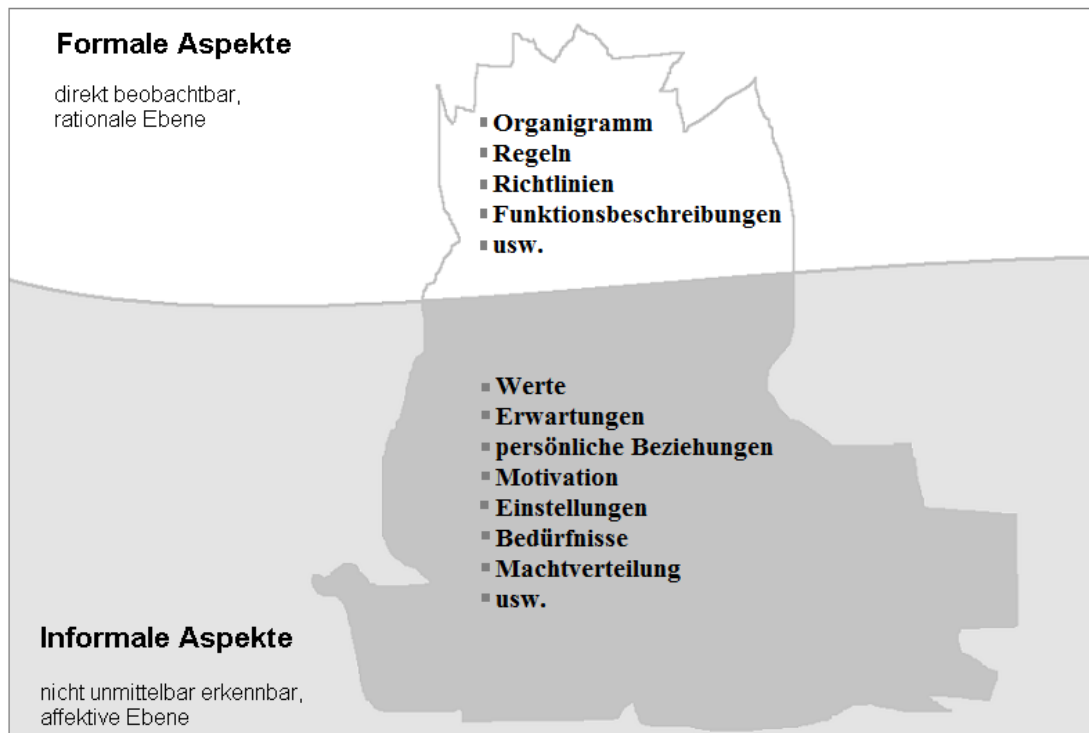


Abbildung 4: Formale und informale Aspekte des >Beziehungs-Eisbergs<¹¹⁵

Da sich die informalen Aspekte auf persönliche Beziehungen, Einstellungen und auf die Unternehmenskultur beziehen, sind sie kein Bestandteil der formellen Organisationsstruktur und beruhen nicht auf festgelegten Regeln.

Eine der wichtigsten Erscheinungsformen ist hierbei die informale Kommunikation. Informationen werden in der BGU meist über den „kurzen Dienstweg“, das Telefon oder per E-Mail, weitergegeben. So konnten wichtige Dinge schnell vorangebracht werden, die auf dem formellen Informationsweg viel Zeit beansprucht hätten. Einen weiteren positiven Aspekt für die schnelle Umsetzung der Arbeit ist die persönliche Beziehung des QMBs zu den Mitarbeitern gewesen.

¹¹⁴ Vahs, 2009: S. 109

¹¹⁵ In Anlehnung an Vahs, 2009: S. 110

Durch seine Arbeit als leitender Oberarzt der Anästhesie und seine gegenwärtige Stelle als OP-Manager hat er eine starke Position in der BGU-LU erreicht. Er wird von den Mitarbeitern geschätzt und ernst genommen. Dies bedingt gleichzeitig die Fähigkeit der Überzeugungs- und Umsetzungskraft mit sich, womit alle wichtigen Eigenschaften einer guten Führungskraft gegeben wären. Entscheidungen konnten schnell getroffen werden und wurden ohne Widerworte akzeptiert.

Weitere informale Aspekte stellen Bedürfnisse, Werte und Einstellungen dar. Auch diese sind nur schwer erkennbare Eigenschaften, welche sich nicht richtig kontrollieren lassen.¹¹⁶ Eine Möglichkeit der Beeinflussung ergibt sich jedoch durch die Gestaltung der Organisationskultur (corporate culture). Darunter ist laut Becker „die Gesamtheit der im Laufe der Zeit in einer Organisation entstandenen und zu einem bestimmten Zeitpunkt wirksamen Wertvorstellungen, Verhaltensvorschriften (Normen), Überzeugungen und Einstellungen zu verstehen“.¹¹⁷ Die Organisationskultur der BGU ist für jeden Außenstehenden sofort deutlich erkennbar. Die Mitarbeiter identifizieren sich mit ihrer Arbeit und sind stolz darauf ein Teil des Unternehmens zu sein. Jeder einzelne weiß, dass er gute Arbeit leistet und somit zum Unternehmenserfolg beiträgt. Diese positive Einstellung wirkt sich direkt auf den Patienten aus, was letztlich auch zu einer positiven Atmosphäre führt. Während der Zertifizierung ist besonders deutlich geworden, dass sich die bestehende Unternehmenskultur durchaus noch weiter entwickeln kann und dies auch getan hat. Durch das letzte halbe Jahr hat das Reha-Team gelernt gemeinsam stolz zu sein. Die verschiedenen Arbeitsgruppen konnten die Tätigkeiten der jeweils anderen besser kennenlernen und wussten deren Arbeit somit mehr zu schätzen. Die Mitglieder des Teams erkannten, dass jeder seinen Teil zum Ganzen beiträgt und dadurch unerlässlich für das Reha-Team ist.

Geprägt wird die Kultur der BGU-LU durch ihre klare Unternehmensvision, die da heißt: „Retten und Heilen mit höchster Kompetenz“.¹¹⁸ Den Mitarbeitern wird ein glaubwürdiges, bildhaftes und attraktives Bild der zukünftigen Unternehmensentwicklung vermittelt und zeigt ihnen die Richtung, ohne den Rahmen genau und verbindlich festzulegen. Die damit verbundenen Leitbilder, Symbole und Normen werden von fast allen Organisationsmitgliedern akzeptiert und gelebt, was zu den Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Organisationskultur gehört.

¹¹⁶ Vgl. Vahs, 2009: S. 109

¹¹⁷ Becker, 2005: S. 93

¹¹⁸ Vgl. QM-Konzept, 2012: S. 1

Das Reha-Leitbild gibt den Rahmen für die Unternehmensstrategie vor, also gewissermaßen den „Weg zum Ziel“. ¹¹⁹ Es beinhaltet die wichtigsten Grundsätze des Unternehmens und findet seine Konkretisierung in formalen Normen. Den Mitarbeitern werden also Verhaltensstandards und Wertvorstellungen übermittelt, die die Grundlage für ihr Handeln darstellen sollen. So herrscht in der BGU-LU etwa ein allgemeines Verständnis darüber was „gut“ und was „schlecht“ ist. ¹²⁰ Unterstützt werden diese Normen von Symbolen.

Jede Arbeitsgruppe trägt zum Beispiel ihre individuelle Kleidung, um sich mit dieser identifizieren zu können. Weiterhin gilt der recht offene Kommunikationsstil unter allen Mitarbeitern, welcher von allen akzeptiert und gefördert wird. ¹²¹

Diese stark ausgeprägte Organisationskultur bringt hauptsächlich Vorteile mit sich, doch sollte man auch ein Auge auf die Nachteile haben. Die Regeln und Werte der BGU sind fest im Unternehmen und auch in den Köpfen der Mitarbeiter verankert, was zu einer reduzierten Anpassungsfähigkeit und Flexibilität führen kann. Die Entscheidungen werden hauptsächlich nach dem bestehenden Wertesystem getroffen, was den Blick für Neues einschränken kann. Wenn nun ein Außenstehender Kritik am bestehenden System ausüben würde, was zu einer Änderung von Verhaltensweisen oder Regeln führen müsste, würden diese eventuell nur mit Widerstand wahrgenommen werden. Um diese negative Entwicklung jedoch zu verhindern wird den Mitarbeitern der grundsätzliche QM-Gedanke der kontinuierlichen Verbesserung ebenso nahe gelegt wie die übrigen Vorstellungen und Werte. Da jeder über die Ausrichtungen des Unternehmens informiert ist, können Entscheidungen zügig getroffen werden ohne sich darüber Gedanken machen zu müssen, ob jeder mit dieser Entscheidung zufrieden ist. Das führte in der Folge dazu, dass die festgelegten Projekte durch den „KTQ-Reha-Kurzcheck“ schnell durchgeführt und implementiert werden konnten. Die Mitarbeiter kennen die Werte und Regeln der Organisationskultur nicht nur, sondern handeln aus eigener Überzeugung nach ihnen. Dadurch sind sie hoch motiviert und dem Unternehmen gegenüber loyal. ¹²²

Voraussetzung für die gute Zusammenarbeit des QM-Teams mit dem Reha-Team sind wie bereits erwähnt auch die kommunikativen Fähigkeiten der Leitung gewesen.

¹¹⁹ Vgl. Vahs, 2009: S. 125f.

¹²⁰ Vgl. Vahs, 2009: S. 128

¹²¹ Vgl. Vahs, 2009: S. 136

¹²² Vgl. Berner, 2010: S. 70-89

Durch eine effektive Mitarbeiterorientierung konnte das hohe Engagement erreicht werden, wie es während der letzten Monate stattgefunden hat. Man legte besonders hohen Wert auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter, denn nur zufriedene Mitarbeiter sind gute Mitarbeiter und bringen die gewünschte Leistung. Ausschlaggebend hierfür ist das positive Betriebsklima gewesen. Eine erst kürzlich veröffentlichte Studie der Krankenkasse Barmer GEK und der Bertelsmann-Stiftung zum Thema: „Zufriedenheit im Beruf“, zeigte, dass 72% der 1200 Befragten Arbeitnehmer in Deutschland der Meinung sind, dass das Betriebsklima der entscheidende Schlüssel zur Zufriedenheit im Beruf sei. Ein positives Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten ist somit wichtiger als eine leistungsgerechte Bezahlung.¹²³ Ein schlechtes Betriebsklima hätte auch in der BGU-LU zu Problemen geführt, was sich wiederum auf die Kommunikation untereinander ausgewirkt hätte.

Dies hätte dann zu zeitlichen Verzögerungen geführt, da sich die Mitarbeiter neben ihrer eigentlichen Arbeit mit den bestehenden Konflikten hätten auseinandersetzen müssen. Ein solch gestörtes Betriebsklima kann sich in Form von negativem Stress, über einen längeren Zeitraum gesehen, gesundheitsschädlich auf den Mitarbeiter auswirken. Das Risiko einer psychischen Erkrankung steigt, während die Leistungsfähigkeit im Beruf sinkt.¹²⁴ Des Weiteren kann sich ein schlechtes Betriebsklima direkt auf den Kunden auswirken. Da die BGU-LU ein Dienstleister des Gesundheitswesens ist, stehen die meisten Mitarbeiter im engen Kontakt zu den Patienten, welcher dessen Stimmung sofort zu spüren bekommt. Um dies zu verhindern muss ein gutes Betriebsklima geschaffen werden, welches in der BGU meist gegeben war.

Direkten Beitrag dazu geleistet hat der menschliche Umgang des QM-Teams mit den Mitarbeitern. Die Führung hat die Stärken und Schwächen der einzelnen Kollegen erkannt und diese gezielt auf- bzw. abgebaut. McGregor vertritt hierzu die „X-Y-Theorie“. Er unterscheidet dabei zwischen zwei typischen Menschenbildern eines Vorgesetzten. Ein Vorgesetzter, welcher der „Theorie X“ entspricht, hält seine Mitarbeiter von Grund auf für faul. Motivation kann ausschließlich durch finanzielle Anreize erfolgen und man muss sie ständig kontrollieren, um sie zur Pflichterfüllung zu bringen. Ein solcher Vorgesetzter wird kaum in der Lage sein seine Mitarbeiter zu fördern, was diese auch zu spüren bekommen. Sie sind unmotiviert und bestätigen mit der Zeit die Vorurteile des Vorgesetzten.

¹²³ Vgl. Zeitonline, 01.2012

¹²⁴ Vgl. Dziarnowski/Schütze, 2007

Die „Y-Theorie“ besagt, dass Mitarbeiter bereit sind Initiative zu ergreifen und Verantwortung zu übernehmen. Sie sind von Natur aus motiviert und leistungsbereit.¹²⁵

Diesem Typen von Vorgesetztem lässt sich der Qualitätsmanagementbeauftragte der BGU-LU zuordnen. Er glaubt an die Fachkenntnisse der Mitarbeiter und traut ihnen zu, Verantwortung zu übernehmen. Er fördert aktiv die Kompetenz und die Fertigkeiten jedes Einzelnen, was zu einem Großteil zum positiven Betriebsklima beigetragen hat. Das positive Betriebsklima hat sich wiederum auf die Motivation und das Engagement der Mitarbeiter ausgewirkt. Hierbei ist zwischen zwei Arten der Motivationsmöglichkeiten zu unterscheiden - der intrinsischen und extrinsischen Motivation. Intrinsisch motiviert ist ein Mitarbeiter, der aus der Tätigkeit selbst Befriedigung erzielt und extrinsisch motiviert ist ein Mitarbeiter aufgrund äußerer Antriebe. Er wird von außen angeregt, die Bewältigung einer Aufgabe oder von Zielen zu erreichen.¹²⁶ Über die intrinsische Motivation wurde den Mitarbeitern übermittelt, dass sie stolz auf ihre Arbeit sein können und die Zertifizierung dazu nutzen sollten, um ihre gute Arbeit unter Beweis zu stellen.

Sie wurden dazu bewegt, den Anreiz in der Sache selbst zu sehen. Es wurde bei ihnen das Bedürfnis hervorgerufen ihre Leistung zeigen zu wollen und selbst tätig zu werden, um das QM bei einer erfolgreichen Zertifizierung zu unterstützen. Das Gegenstück dazu bildet die extrinsische Motivation. Dabei würden die Mitarbeiter von außen angeregt, ihre Aufgaben zu bewältigen. Ein Anreiz zur Beschäftigung mit dem QM-Gedanken wurde z.B. während des „QM-Kompakt-Tages“ gesetzt. Die Mitarbeiter konnten einen Fragebogen zu den wichtigsten QM-Themen ausfüllen und somit an einer Verlosung teilnehmen, sie wurden also durch externe Einflüsse motiviert.

Neben den zwei grundlegenden Formen der Motivation hat das QM zusätzlich auf die persönliche Motivation zurückgegriffen. Im Rahmen der Schulungen wurde ermittelt, welcher Mitarbeiter zu welchen Aufgaben fähig ist. Die geforderte Leistung konnte nur dann erbracht werden, wenn der Mitarbeiter seiner Aufgabe gewachsen gewesen ist. Kollegen, die besonderes Interesse an der Sache selbst hatten wurden für Leitungspositionen vorgesehen und sollten ihr Wissen auf die restlichen Mitarbeiter übertragen. Teilnehmer, die sich besonders für den Prozess eingesetzt haben wurden im Anschluss belohnt - sei es durch materielle Aufmerksamkeiten oder die künftige Unterstützung des Chefs bei der Fort- und Weiterbildung. Das Konzept der Arbeitsanreicherung ist dabei besonders motivationsfördernd gewesen.

¹²⁵ Vgl. Sprenger, 1982: S. 9

¹²⁶ Vgl. Conrads et. al., 2003: S. 202

Durch die Übertragung von qualifizierten Aufgaben oder von leitenden Funktionen fühlt sich der Mitarbeiter in seinem Tun bestätigt, was wiederum sein Selbstwertgefühl steigern lässt.¹²⁷

Die meisten Mitarbeiter haben im Laufe der Zeit verstanden, dass sich ihre eigenen Ziele mit dem Hauptziel der erfolgreichen Zertifizierung decken, wodurch sie zu einer höheren Leistung bereit waren. Das QM-Team hat somit erreicht, durch die richtige Kommunikation den Sinn und Zweck der Zertifizierung zu vermitteln. Die Mitarbeiter haben verstanden, dass die Tätigkeit die sie ausführen, für das Unternehmen wichtig ist und sie somit einen bedeutenden Beitrag zum Unternehmenserfolg beisteuern.

Weiterhin ist die Art und Weise der Aufgabendelegation von großer Wichtigkeit gewesen. Jedem Mitarbeiter sollte die Möglichkeit gegeben werden, sich durch die geleisteten Prozesse persönlich weiterzuentwickeln. Dies ist nur durch eine aktive Mitgestaltung der Arbeitsaufgabe möglich gewesen. Eine „Trennung von Denken und Tun wird generell immer abgelehnt“.¹²⁸ Besonders förderlich für die Motivation ist also das Begleiten einer Aufgabe bzw. eines Prozesses von Anfang bis Ende gewesen. Das Reha-Team wurde immer über den aktuellen Stand informiert und bei allen wichtigen Änderungen mit einbezogen.

Dadurch ist es jedem Mitglied möglich gewesen sich persönlich mit einzubringen und hatte so die Chance seine eigenen Überzeugungen voran zu bringen. Besondere Positionen wie etwa die Leitung eines Projektes wurden nur den Mitarbeitern übertragen, die diese Verantwortung auch übernehmen wollten. Während des gesamten Arbeitsprozesses wurde ihnen Hilfestellung in Form von Coaching angeboten, sodass sie nicht das Gefühl hatten alleine vor dieser Herausforderung zu stehen. Wichtig ist dabei auch die Rückmeldung der Arbeit durch ein Feedback gewesen. Ein Lob wie auch positive Kritik durch den Vorgesetzten zeigte den Mitarbeitern die Anerkennung der eigenen Arbeit und wirkte sich somit motivationsfördernd aus.

Grundlage für das Handeln des QM-Teams zur Motivation der Mitarbeiter scheint die nachfolgende Bedürfnispyramide von Maslow gewesen zu sein. Dieser beschreibt in fünf Bedürfnisklassen die Gründe zur Motivation eines Menschen.¹²⁹

¹²⁷ Vgl. Noé, 2007: S. 137f.

¹²⁸ Vgl. Vahs, 2009: S. 110

¹²⁹ In Anlehnung an Maslow, 1954

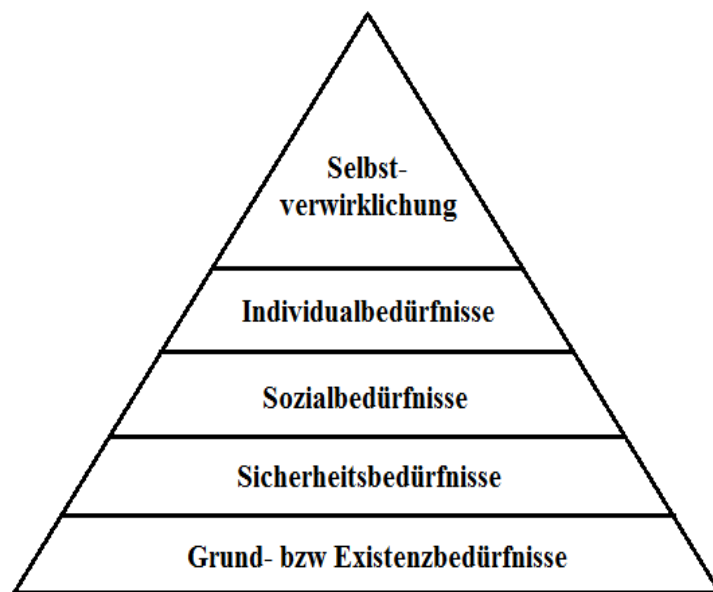


Abbildung 5: Die >Bedürfnispyramide< nach Maslow

- 1) Die Grund- bzw. Existenzbedürfnisse beziehen sich auf elementare Verlangen wie Essen, Trinken, Kleidung und Wohnung.

In der BGU-LU wird bei jeder auch noch so kurzen Besprechung oder Veranstaltung darauf geachtet, dass die Teilnehmer gut versorgt sind. Sie können sich also voll und ganz auf das Wesentliche konzentrieren.

- 2) Durch die Sicherheitsbedürfnisse wird das Verlangen nach Schutz von unvorhersehbaren Ereignissen ausgedrückt, welche die Grund- bzw. Existenzbedürfnisse gefährden können.

Aufgrund der Verpflichtung zur Zertifizierung durch die BAR mussten die Mitarbeiter davon ausgehen, dass sie bei Nichtgelingen ihren Job verlieren könnten. Diese Art von Motivation ist nicht die positivste, sorgt jedoch aus eigenen Motiven dafür, dass der Mitarbeiter sich in die Tätigkeiten mit einbringt.

- 3) Das Streben nach Zusammengehörigkeit und das Leben in einer Gemeinschaft finden sich in den sozialen Bedürfnissen wieder. Durch das aktive Fördern der Teamarbeit während der Vorbereitungen auf die Zertifizierung wurde das Bedürfnis nach sozialen Bindungen erfüllt. Aus Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften hat sich ein kompetentes Reha-Team entwickelt, welches gemeinsam für seine Interessen eingestanden ist.
- 4) Der Wunsch nach Anerkennung und Achtung durch andere Personen, aber auch durch sich selbst kommt in den Individualbedürfnissen zum Ausdruck.

Um den Mitarbeitern zu übermitteln, dass ihre Arbeit nützlich und ihre Person für das Unternehmen notwendig ist, wurden sie bei angemessener Situation gelobt und ggf. sogar belohnt.

- 5) Wenn man von Selbstverwicklungsbedürfnissen spricht, meint man damit das Streben nach Entfaltung der eigenen Persönlichkeit und die daraus resultierende Unabhängigkeit. Engagierte Mitarbeiter wurden in der BGU-LU gefördert und konnten ihr Wissen in den Zertifizierungsprozess mit einbringen.

Das QM-Team versuchte also die Bedürfnisse der Mitarbeiter zu erkennen und diese, sofern möglich, zu erfüllen. Dadurch wurde der Wunsch zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels immer größer und die Mitarbeiter waren bereit härter dafür zu arbeiten.

6.3 Entscheidung des Zertifizierungsverfahrens nach KTQ-Reha

Für den Erfolg des QM-System ist es wichtig gewesen, das strategisch richtige System zu wählen, welches in seinen Gegebenheiten am besten zu den Zielen und Strukturen der BGU-LU passt. Grundlegend entscheidet das Verfahren über die langfristige Qualitätsarbeit und über den Arbeitsaufwand für das gesamte Unternehmen, weshalb eine Auseinandersetzung mit der Verfahrenswahl für jede Rehabilitationsklinik zwingend erforderlich ist.

Aus diesem Grund hat sich die BGU-LU intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt, was eine Entscheidung zwischen den beiden Hauptzertifizierungsverfahren KTQ und DIN ISO bedeutete.¹³⁰

Versucht man zunächst die negativen Aspekte des KTQ-Verfahrens herauszufiltern lässt sich nicht bestreiten, dass der größte Nachteil des KTQ-Verfahrens die komplizierte Fragestellung des Kataloges ist. Die Fragen sind sehr theoretisch formuliert und haben wenig Bezug zur Praxis, weshalb sie oft als irrelevant angesehen werden. Um den Mitarbeitern die genaue Bedeutung der Fragen erläutern zu können, ist ein hoher „Schulungsbedarf zur richtigen Interpretation und Beantwortung der Fragen“¹³¹ nötig gewesen.

¹³⁰ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 10.05.2012

¹³¹ Vgl. Anders/Lorei/Dintelmann, 2007: S. 107

Des Weiteren beansprucht die Erstellung des Selbstbewertungsberichtes einen hohen Arbeitsaufwand, was von vielen Kliniken zunächst als negativ bewertet wird.¹³² Während die Selbstbewertung von der KTQ gefordert wird, ist sie für die DIN ISO von keiner Relevanz. Der höhere Entwicklungsaufwand bei der DIN wird also durch das Einsparen der Selbstbewertung mehr als kompensiert. Zusätzlich macht die KTQ durch ihren Katalog strenge Vorgaben für das QM-System, wobei die DIN ISO mehr Platz für privaten Gestaltungsspielraum der Qualitätsmanager offen lässt. Während die DIN ISO ein bereits vollwertiges Qualitätsmanagementsystem ist, dient das KTQ-Verfahren mehr zur branchenspezifischen Bewertung des existierenden QM-Systems.¹³³

In der Zeit vor der Zertifizierung ist ein hoher Aufwand an QM-Arbeit nötig gewesen, um die Mitarbeiter der BGU zielgerichtet vorzubereiten. Um die Kontinuität des QM-Systems sichern zu können wären die von der DIN ISO vorgesehenen jährlichen Überwachungsaudits sicherlich von Vorteil gewesen. Diese fördern den kontinuierlichen Entwicklungsprozess und würden die nur alle drei Jahre phasenhafte Entwicklungsaktivität ablösen. Dabei ist nicht zu vernachlässigen, dass auch für die DIN ISO ein erhöhter Arbeitsaufwand im Zeitraum der Vorbereitungen auf die Zertifizierung nötig ist.¹³⁴

Betrachtet man nun den Aspekt des europäischen Wettbewerbs, ist die DIN ISO die wohl bessere Wahl, da sie eine international anerkannte Norm ist.¹³⁵ Auf der anderen Seite ist das KTQ-Verfahren im deutschen Krankenhaussystem stark etabliert und dem DIN ISO Verfahren fehlt oft die Anpassung an den Bedarf der medizinischen Einrichtung. Mit seinem Ursprung aus der Industrie und der formalen Sprache ist es um einiges komplizierter.¹³⁶

Die Begrifflichkeiten der DIN ISO müssen zunächst in die Gesundheitsbranche übersetzt und im Anschluss eine konkrete Umsetzung erarbeitet werden. Die DIN ISO gibt also nur ein grobes Gerüst vor.¹³⁷ Insbesondere für Erstzertifizierungen ist aus diesem Grund ein hohes Maß an Eigenleistung für den Aufbau eines QM-Systems von Nöten.

¹³² Vgl. Homepage ZeQ, 15.07.2012

¹³³ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 10.05.2012

¹³⁴ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 10.05.2012

¹³⁵ Vgl. Schwill, 2001: S. 1 036

¹³⁶ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 10.05.2012

¹³⁷ Vgl. Schwill, 2001: S. 1 036

Der KTQ-Katalog ist spezifisch an die Bedingungen und Anforderungen des Gesundheitswesens und insbesondere einer stationären Rehabilitationsklinik angepasst, weshalb die Anwendung des Verfahrens um einiges einfacher ist. Grund dafür ist die Verfassung des Kataloges durch alle wichtigen Berufsgruppen.¹³⁸

Generell gilt die KTQ als das Verfahren mit den höchsten Kosten. „Allein das formale Zertifizierungsverfahren schlägt mit 30 000 Euro zu Buche“. ¹³⁹ Dabei sind die Kosten für die Mitarbeiterstunden noch nicht mit eingerechnet. Finanziell betrachtet können sich durch die KTQ jedoch auch Vorteile ergeben. Die Akutklinik könnte gemeinsam mit der Rehaklinik zertifiziert werden, was die Kosten auf alle drei Jahre beschränken würde. Bei einer sogenannten Verbundzertifizierung ist jedoch zu beachten, dass je nach Lage eventuell trotzdem ein separater Selbstbewertungsbericht erstellt werden müsste, was den Arbeitsaufwand vor der Zertifizierung noch einmal um einiges erhöhen würde.¹⁴⁰ Da die Rehabilitationsklinik allerdings integraler Bereich der BGU ist, ist der Nutzen der Synergieeffekte von größerem Vorteil wie die Erstellung eines zweiten Berichtes von Nachteil.¹⁴¹

Da die Visitation der Rehabilitationsklinik eine Erstzertifizierung für diesen Bereich ist, ist der konkrete Fragenkatalog der KTQ, der sich ganz nach dem PDCA-Zyklus richtet, eine leicht verständliche Stütze. Die Anforderungen sind klar definiert und es kann ein Kriterium nach dem anderen abgearbeitet werden. Der Nachteil an diesem System sind die strikten Vorgaben, die bei einer Versionierung des Kataloges zu inhaltlichen Veränderungen führen, an welche sich die Klinik zu halten hat. Diese Tatsache ist jedoch nur von Relevanz, wenn sich die BGU-LU auch künftig nach KTQ zertifizieren lassen würde.¹⁴²

Für die Mitarbeiter ist im Wesentlichen die Anerkennung einer Weiterentwicklung der Klinik von Bedeutung. Diese wissen genau, woran hauptsächlich gearbeitet wurde und möchten das natürlich auch bestätigt bekommen. Schenkt der Visitor diesen Bereichen jedoch wenig Aufmerksamkeit, sind die Mitarbeiter schnell enttäuscht, was ihre Motivation wieder sinken lässt. Das KTQ-Modell suggeriert mit seinem Bewertungssystem mit Punkten und Prozenten, dass auch 100 Prozent möglich sind.

¹³⁸ Vgl. Selbmann, 2004: S. 108

¹³⁹ Expertengespräch Hoppe, 10.05.2012

¹⁴⁰ Vgl. Homepage JOMEC, 14.06.2012

¹⁴¹ Vgl. Expertengespräch Anders, 06.06.2012

¹⁴² Vgl. Homepage ZeQ, 16.07.2012

Diese dürfen natürlich aber nicht erreicht werden, da dies dem Grundgedanken der kontinuierlichen Verbesserung widersprechen würde. Dies kann zur Frustration der Mitarbeiter führen. Die DIN ISO hingegen bietet überhaupt keine Art der „Belohnung“ und bedeutet somit bei beiden Verfahren den Auftrag zur Aufklärung für das QM-Team. Den Mitarbeitern muss der Eindruck „was wir machen, genügt nie“¹⁴³ genommen und das Prinzip der stetigen Verbesserung verinnerlicht werden.¹⁴⁴

Fasst man nun alle Argumente zusammen, kommt man recht schnell zu einer eindeutigen Erkenntnis. Für die Erstzertifizierung der Reha-Klinik ist das KTQ-Verfahren die durchaus bessere Wahl gewesen. Die Mitglieder haben einen einfachen Einstieg in die Welt des QM bekommen und konnten sich zunächst grundlegend orientieren. Ob das Verfahren allerdings auch für eine Rezertifizierung geeignet ist, wird im Fazit dieser Arbeit noch weiter erörtert.

6.4 Arbeitsaufwand der Vorbereitungen auf die Zertifizierung

Während der Vorbereitungen auf die Zertifizierung ist die Arbeit des Qualitätsmanagements eines der wichtigsten Themen der Klinik gewesen. Damit in Zusammenhang stehende Aufgaben hatten Priorität und mussten schnellstmöglich erledigt werden. Das bedeutete eine hohe Arbeitsbelastung durch zusätzliche Aufgaben neben dem eigentlichen Arbeitsbereich. Welche Auswirkungen diese Situation auf die Mitarbeiter hatte und wie diese eventuell verbessert werden könnten, wird im Folgenden diskutiert.

Für das erfolgreiche Bestehen der Zertifizierung ist in der Zeit der Vorbereitungen viel an QM-Arbeit angefallen, welche nicht alleine vom QM-Team getragen werden konnte. Die Mitarbeiter des Reha-Teams wurden demnach aktiv in die Prozesse und Aufgaben mit eingebunden. Um sich ganz auf die QM-Thematik konzentrieren zu können versuchten die Leitungen die entsprechenden Mitarbeiter bei wichtigen Seminaren bzw. Projekten freizustellen. Dies ist natürlich nicht immer möglich gewesen, weshalb die Mitarbeiter unter erhöhtem Druck standen. Je höher die Arbeitsbelastung gewesen ist, desto stärker ist auch die psychische Belastung gewesen. Nach der Zertifizierung konnte man den Beschäftigten ihre Erleichterung regelrecht ansehen. Die meisten sind froh gewesen, die nächsten Wochen erst mal nichts mehr über QM hören zu müssen.

¹⁴³ Homepage JOMEC, 14.06.2012

¹⁴⁴ Vgl. Homepage JOMEC, 14.06.2012

Das sorgt allerdings dafür, dass die Mitarbeiter dem QM gegenüber negativ eingestellt sind, da dies gleichgesehen wird mit zusätzlicher Arbeit. Der QM-Gedanke wird also so lange verdrängt bis die nächste Zertifizierung ansteht und der Prozess von vorne beginnt. Unter einem gelebtem QM-System versteht man allerdings die kontinuierliche QM-Arbeit, welche die Mitarbeiter in alltäglichen Abläufen begleiten sollte. Diese sahen sich allerdings mit der sogenannten „Burning-Plattform“¹⁴⁵ konfrontiert. Durch die Zertifizierungspflicht der Rehabilitationskliniken bis September 2012 mussten sie sich ge-drungener Maßen mit dem Thema QM auseinandersetzen, ob sie das wollten oder nicht. Durch die Orientierung am TQM-Ansatz ist das QM der BGU-LU stetig bemüht ein lebendiges QM zu schaffen. Die Unterstützung der Mitarbeiter erfolgt momentan jedoch hauptsächlich nur durch den Druck einer Zertifizierung.

Daraus ergibt sich ein wesentlicher Auftrag an das QM-Team der Klinik. Künftig muss versucht werden, die Arbeit vor der Zertifizierung auf einen minimalen Aufwand zu reduzieren, indem der Arbeitsaufwand unterjährig aufgeteilt wird. Dies ist nur durch eine ununterbrochene Kommunikation machbar. Die Mitarbeiter müssen direkt von wichtigen Sachverhalten erfahren und aktiv mit eingebunden werden.

Ein Beispiel hierfür sind die vor der Zertifizierung angebotenen Schulungen. Diese wurden dankbar von den Mitarbeitern angenommen und zum Aufbau ihres Wissensstandes genutzt. Das QM-Team könnte hierfür in Erwägung ziehen kontinuierlich Schulungstermine anzubieten. Des Weiteren scheint es sinnvoll, des Öfteren Informationsveranstaltungen zum Thema QM durchzuführen.

¹⁴⁵ Vgl. Raab/Poost/Eichhorn, 2009: S. 19f.

6.5 Entscheidung für einen externen Berater

Während des gesamten Zertifizierungsprozesses wurde die BGU-LU unterstützt von der externen Unternehmensberatung ZeQ. Da das QM-Team bereits während der vergangenen Zertifizierungen erfolgreich mit den Beratern der ZeQ zusammengearbeitet hatte, stand die erneute Unterstützung von Beginn an fest. Ist es jedoch von Nutzen, weiter die Kosten der Fremdbewertung zu steigern, oder hätte eventuell auch eine interne Beratung und Unterstützung durch das QM-Team ausgereicht? Mit dieser Fragestellung beschäftigt sich das nächste Unterkapitel.

Ohne sich konkret mit dieser Thematik auseinanderzusetzen entsteht zunächst der Eindruck, dass eine interne Beratung ausreicht. Ohne externe Unterstützung würden keine zusätzlichen Kosten anfallen und die eigenen Mitarbeiter kennen die Vision wie auch die strategischen Ziele des Unternehmens ohnehin am besten. Aus diesem Grund könnten sie gute und praxisnahe Beratung leisten. Jedoch besteht hierin auch die Gefahr der Betriebsblindheit. Solange das Unternehmen gut läuft, werden Veränderungspotentiale außen vor gelassen und Kritik an der eigenen Arbeit vermieden. Durch die Routine bei der Arbeit werden negative Entwicklungen nur schwer wahrgenommen und es geht wertvolle Zeit verloren, um die entsprechenden Gegenmaßnahmen zu entwickeln.

Das Denken folgt dem Prinzip „So machen wir es schon immer und das ist gut so!“¹⁴⁶ Eine Einstellung die besonders im Denken älterer Mitarbeiter vorzufinden ist. Doch ohne die Bereitschaft für Änderungen werden vorhandene wie auch künftige Chancen nicht entdeckt und die Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Klinik geht verloren.

Da das QM-Team der BGU-LU dies verhindern wollte, wurde für die Begleitung des Zertifizierungsprozesses eine externe Beraterfirma hinzugezogen. Durch den Blick von außen (outside-in-Perspektive)¹⁴⁷ konnten so bedeutende Verbesserungspotentiale aufgedeckt werden, was ganz dem QM-Gedanken und dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung entspricht. Es wurden Aspekte erkannt, die die eigenen Mitarbeiter außer Acht gelassen hatten. Für sie selbst ist das relevant, wozu sie einen persönlichen Bezug haben. Die Sichtweise des gesamten Unternehmens wird dabei häufig nicht mit in die Überlegungen eingeschlossen.

¹⁴⁶ Vgl. Wassermann, 2004: S. 244

¹⁴⁷ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 10.05.2012

Außerdem ist die qualitativ gute Arbeit von ZeQ bereits durch die Begleitung bei der Akut Zertifizierung bekannt gewesen, weshalb die Gefahr der allgemeinen und rein theoretischen Beratung von vornherein ausgeschlossen werden konnte.

Von wichtigem Vorteil ist das Wissen um aktuelle Veränderungen des Gesundheitswesens gewesen, wie auch die veränderten Ansprüche an die Rehabilitationskliniken durch die Richtlinien der BAR. Die ZeQ ist auf dem neuesten Kenntnisstand und Spezialist im Bereich der Zertifizierung, weshalb sie eine große Unterstützung gewesen ist.¹⁴⁸

Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung des „Benchmarking“ nicht außer Acht zu lassen. Unter „Benchmarking ist der Prozess des Vergleichens und Messens der eigenen Produkte, Dienstleistungen und Prozesse mit den besten Wettbewerbern oder mit den anerkannten Marktführern“ gemeint.¹⁴⁹ Durch die Möglichkeit des Vergleichs der Prozesse mit anderen Kliniken können wertvolle Informationen für das eigene Unternehmen gewonnen werden. Die BGU-LU nutzt hierfür unter anderem die Vorgehensweise des Internen Benchmarking. Die Klinik steht in engem Kontakt mit der BGU Tübingen und hat somit die Möglichkeit sich mit einem Unternehmen mit ähnlichen Strukturen zu vergleichen. Weitaus größere Chancen ergeben sich allerdings durch die Zusammenarbeit mit ZeQ. Aufgrund eines wettbewerbsorientierten Benchmarking durch einen externen Berater kann die BGU Ludwigshafen von den Erfolgen oder Misserfolgen der anderen Kliniken profitieren. ZeQ wusste genau, weshalb eine Klinik bei der Zertifizierung gescheitert ist oder weshalb sie besonders gut abgeschnitten hat. Unterschiede zu den eigenen Prozessen wurden so definiert und ausgewertet. Die eigenen Abläufe wurden in Frage gestellt und gegebenenfalls verbessert.¹⁵⁰

Betrachtet man die Betreuung nun von einer ganz anderen Seite, ist die Bedeutung für die Mitarbeiter nicht außer Acht zu lassen. Für diese ist es wichtig gewesen, nicht immer nur vom Vorgesetzten oder dem QMB zu hören, dass etwas geändert oder verbessert werden muss. Manch einer zeigt eine höhere Bereitschaft für Veränderungen, wenn sie es von einem Außenstehenden hören und nicht ständig von ein und derselben Person.

Ein weiterer Grund, der für die Beratung durch ZeQ spricht, ist der Aspekt des Zeitmanagements.

¹⁴⁸ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 06.06.2012

¹⁴⁹ Kamiske/Brauer, 2001: S. 10

¹⁵⁰ Vgl. Kamiske/Brauer, 2001: S. 11-15

Durch die Unterstützung bei wichtigen Meilensteinen zur Zertifizierung ist dem QM-Team mehr Spielraum für die persönliche Vorbereitung der Mitarbeiter geblieben. Zeitaufwendige Themen oder auch Aufgaben wurden gemeinsam bewältigt, was zu einer hohen Zeitersparnis geführt hat. Dazu zählt etwa die Erstellung des Selbstbewertungsberichtes. Durch das von der ZeQ angewandte Interviewverfahren konnte der Bericht in etwa einer Woche erstellt werden.

Nun stellt sich wiederum die Frage, ob sich die Kosten dafür rentiert haben. Die schlechten Erfahrungen der Klinik aus der Vergangenheit sagen eindeutig „ja“. Die im Jahr 2005 noch selbst durchgeführten Interviewtermine wurden vorwiegend für Diskussionen genutzt, als für die Beantwortung des KTQ-Kataloges. Aus einem riesigen Pool an Informationen mussten die wichtigsten Inhalte herausgefiltert und selbst zusammengefasst werden. Gleichzeitig musste das QM darauf achten, dass sich keiner der Mitarbeiter vernachlässigt oder übergangen fühlte.¹⁵¹ Durch die Unterstützung von ZeQ konnten diese Probleme vermieden werden. Durch die Neutralität der Berater konnte der Bericht ohne große Diskussionen und Meinungsverschiedenheiten geschrieben werden. Zusammenfassend ist die Begleitung durch ZeQ also als positiv zu betrachten und sicherlich auch für die Zukunft sinnvoll zu nutzen.

¹⁵¹ Vgl. Expertengespräch Hoppe, 06.06.2012

6.6 Nutzen für die Zukunft

Aufgrund des Zertifizierungsprozesses haben die Mitarbeiter der Rehaklinik eine bedeutsame Entwicklung durchlebt. Während der Bereich der Rehabilitation zuvor nur als kleiner Teil der Klinik angesehen wurde, hat sie nun ihren eigenen Charakter entwickelt und ihren Stand in der BGU-LU deutlich gemacht. Für den für 2012 geplanten Neubau der Rehabilitationsklinik wurden somit bereits Strukturen geschaffen, welche ein Grundgerüst für alle Prozesse bilden. Doch um an diesen Punkt zu gelangen, musste zuvor einiges geleistet werden. Zu Beginn hat jede Berufsgruppe für sich selbst gearbeitet und wusste nicht wirklich über die Arbeitsbereiche der anderen Bescheid. Je näher die Visitation jedoch rückte, desto stärker sind die einzelnen Bereiche zu einem gesamten Team zusammen gewachsen.

Der Prozess der Zertifizierung hat bei den Mitarbeitern also eindeutig zu einer Kulturveränderung geführt, was sich positiv auf ihre Einstellungen und Verhaltensweisen auswirkte. Der Aspekt der Teamarbeit und das Qualitätsverständnis wurden gestärkt und sind nun vielmehr im Fokus der Mitarbeiter. Es wurde auf ein gemeinsames Ziel hingearbeitet und jeder einzelne hat das beigetragen was er konnte. Bei Fragen oder Unklarheiten haben sie sich gegenseitig unterstützt und Lösungen gefunden, anstatt den Schuldigen zu suchen.

Künftig bringt diese Veränderung nicht nur atmosphärische sondern auch ökonomische Folgen mit sich. Ist der Mitarbeiter mit seiner Arbeit zufrieden, überträgt sich diese positive Einstellung auch auf den Umgang mit den Patienten, was eine höhere Kundenzufriedenheit bedeutet. Durch einen höheren Wissens- und Erfahrungsaustausch der untereinander kann eine große Menge von unterschiedlichem Wissen und unterschiedliche Erfahrungen summiert werden, was zu einer ausgeprägten fachlichen und sozialen Kompetenz beiträgt.¹⁵² Neben den Synergieeffekten für das Team, kann jedes Mitglied außerdem individuelle Vorteile aus dieser Situation ziehen. Der Einzelne hat oft nicht das nötige Know-How und genügend gewichtige Argumente, um Veränderungen anzustoßen. In der Gruppe können die eigenen Interessen besser vertreten und schneller umgesetzt werden. Generell ist es nur schwer möglich komplexe Projekte alleine zu bewältigen. Durch die Zusammenarbeit in einem Team werden die notwendigen Kräfte gebündelt und können konkret eingesetzt werden.

¹⁵² Vgl. Noé, 2009: S. 392

Jeder kann sich auf das konzentrieren, was er selbst am besten kann und muss sich keinen Aufgaben widmen, die er selbst nur schwierig bewältigen könnte.¹⁵³

Das sorgt wiederum für eine enorme Steigerung der Arbeitsmoral und persönlichen Motivation. Des Weiteren entsteht durch die Gruppenarbeit eine Art positiver Druck. Niemand möchte die Person sein, auf die der Rest der Gruppe warten muss, weshalb eine viel effizientere Arbeitsweise geschaffen wird. Vielmehr gibt es die Möglichkeit sich positives Feedback und Anerkennung anzueignen, was in Folge dessen zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls und der persönlichen Zufriedenheit führt.¹⁵⁴

Neben dem Nutzen für die Mitarbeiter haben sich durch die Zertifizierung auch Vorteile für das QM ergeben. Projekte die schon längst abgeschlossen sein sollten wurden nun in Angriff genommen. Die Fremdbewertung konnte also als Druckmittel zur Umsetzung von bestimmten Projekten genutzt werden. Ein Beispiel hierfür ist die Anschaffung einer Audit-Software. Diese soll die Mitarbeiter künftig dabei unterstützen, das Auditverfahren schneller und effizienter durchführen zu können. Schon seit geraumer Zeit wurde diese Bitte immer wieder an die Leitung gestellt, bis dato jedoch ohne Erfolg. Mit der Zertifizierung als Druckmittel dauerte es keine vier Wochen bis Antrag unterschrieben wurde. Des Weiteren hat das Thema QM durch die Zertifizierung an Bedeutung zugenommen. Der Nutzen des Systems ist weiter in den Vordergrund gerückt und hat den negativen Aspekt der zusätzlichen Arbeit verdrängt. Diese positive Entwicklung sollte das QM-Team nutzen um auch künftig auf dieser Basis weiterarbeiten zu können.

Zusammenfassend hat die Erstzertifizierung nach KTQ-Reha also durchgängig positive Erfahrungen und Entwicklungen mit sich gebracht. Momentan beschäftigen sich allerdings viele nach dem KTQ-Modell zertifizierte Krankenhäuser mit der Fragestellung, ob sie künftig nicht besser zur DIN ISO wechseln sollen. Wann ein Wechsel wirklich sinnvoll ist oder eben auch nicht wird im Folgenden betrachtet.

Um die richtige Entscheidung treffen zu können gilt es zunächst zwei wesentliche Aspekte in die eigenen Überlegungen mit einzubeziehen. Zum einen den Aspekt des Arbeitsaufwands und natürlich auch den finanziellen Aufwand. Betrachtet man zunächst den mit dem Wechsel verbundenem Arbeitsaufwand, lassen sich klare Aussagen treffen. Grundsätzlich sind die Herausforderungen an das Qualitätsmanagement im Krankenhaus recht ähnlich.

¹⁵³ Vgl. Noé, 2009: S. 388ff.

¹⁵⁴ Vgl. Noé, 2009: S. 388ff.

Alle bekannten Verfahren sind nach dem PDCA-Zyklus aufgebaut und handeln somit nach demselben Grundprinzip. Stellt man hier nun den Vergleich von KTQ zu DIN ISO an lassen sich ähnliche Verbindungen herstellen. Beide Modelle beschäftigen sich mit denselben Inhalten (wie z.B. die Gewährleistung der Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und die Verantwortung der Leitung).

Dabei ist die DIN ISO mehr auf die Prozessqualität und die KTQ mehr auf die Ergebnisqualität ausgerichtet. Beide Verfahren sehen ein QM-Handbuch vor, in welchem die Prozesse der Klinik geregelt sind und beide verlangen die Entwicklung von entsprechenden Messinstrumenten, um die Versorgungsqualität überprüfen zu können. Damit lässt sich ein Unterschied des Arbeitsaufwands zunächst etwas einschränken.¹⁵⁵ Der formale Aufwand für das KTQ-Verfahren wird dennoch als höher angesehen wie für die DIN ISO. Dies hängt wiederum mit der Erstellung des Selbstbewertungsberichtes (etwa 300 Seiten) wie auch des KTQ-Qualitätsberichtes (etwa 30 Seiten) zusammen.¹⁵⁶ Trotz der Aufwändigkeit dieses Berichtes lassen sich durchaus positive Aspekte aus der Erstellung herausfiltern. Durch die angewandte Methode des Interviewverfahrens wurden möglichst viele Mitarbeiter versucht mit einzubeziehen. Diese wurden berufsgruppenübergreifend ausgewählt, um die Prozesse von allen Seiten bestmöglich abbilden zu können. Dadurch ergab sich die Möglichkeit, die Tätigkeiten der anderen Berufsgruppen kennenzulernen und auch schätzen zu lernen. Es konnten Verbesserungspotentiale erkannt werden, die man dann recht bald angegangen ist.

Betrachtet man nun den finanziellen Aspekt, so scheint das KTQ-Modell von vornherein die schlechtere Wahl zu sein. Oft werden die Kosten für eine KTQ-Zertifizierung als zu hoch angesehen. Die Zertifizierung nach DIN ISO ist dabei häufig günstiger. Rechnet man nun aber die noch zu finanzierenden jährlichen Überwachungsaudits mit ein, sind die Unterschiede über den drei Jahres-Turnus marginal.¹⁵⁷

Unter diesen Gesichtspunkten lässt sich kein deutlich „besseres“ Verfahren herauskristallisieren. Weshalb sollte die BGU-LU also wechseln? Das einzige Argument, das wirklich für einen Wechsel sprechen würde, ist die Möglichkeit der vollen Ausschöpfung der KTQ-Systematik. Die BGU-LU wird irgendwann alle wesentlichen Anforderungen der KTQ erfüllt haben und braucht deshalb künftig neue Impulse für das bestehende QM-System. Noch ist das QM-System allerdings noch nicht soweit, dass es weiterer Anreize durch andere Zertifizierungsverfahren bedürfen würde.

¹⁵⁵ Vgl. Homepage ZeQ, 16.07.2012

¹⁵⁶ Expertengespräche

¹⁵⁷ Vgl. Homepage ZeQ, 16.07.2012

Das bedeutet somit aber auch, dass zumindest die erste Rezertifizierung noch nach KTQ ablaufen sollte. Um das QM-System aber künftig weiterentwickeln zu können, sollte man die Möglichkeit eines Verfahrenswechsels jedoch nicht ganz ignorieren.

Ein weiteres Verbesserungspotential besteht in der Entwicklung des Risikomanagements der Klinik. Während den Vorbereitungen auf die Zertifizierung wurde der erste Schritt in Richtung des Fehlermanagements gemacht, was als erster Anstoß zur Einführung genutzt werden sollte.

Ein systematisches Risikomanagement bietet der Klinik die Chance, bestehende aber auch künftige Risiken besser einschätzen und somit abwenden zu können, was in Folge dessen zu Kosten- und Wettbewerbsvorteilen führt.

7 Fazit

Die Untersuchung des Zertifizierungsprozesses der Rehabilitationsklinik zeigte, dass das Qualitätsmanagementsystem der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen gut strukturiert und integraler Bereich des Arbeitsalltags ist.

Dadurch hebt sich die BGU-LU von vielen Einrichtungen ab, die trotz der intensiven Auseinandersetzung mit der Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen im letzten Jahrzehnt den Nutzen des Systems nur im formalen Sinne sehen, weshalb diese allein der Aufrechterhaltung einer Zertifizierung dienen. In der BGU-LU wird der Nutzen in der Chance zur kontinuierlichen Verbesserung gesehen. Die Zertifizierung als solche wird als Instrument zur Aufdeckung von Verbesserungspotentialen genutzt und trägt somit zur Weiterentwicklung des Unternehmens bei. Die Entwicklung der Mitarbeiter während der Vorbereitung auf die Visitation hat jedoch deutlich gemacht, dass die Kommunikation des QM's noch ausgebaut werden kann. Durch die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik wurde das QM-System gelebt, was ausschlaggebend für dessen Effektivität ist. Damit dies jedoch nicht nur eine zeitlich begrenzte Erscheinung bleibt muss den Mitarbeitern auch nach der Zertifizierung deutlich gemacht werden, dass QM ein kontinuierlicher Prozess ist, der nicht mit dem Erhalt des Zertifikates endet. Denn „Nach der Zertifizierung ist vor der Zertifizierung“, weshalb eine ständige QM-Arbeit erforderlich ist. Künftig ist also zu klären, ob dieser hohe Aufwand, wie er vor der Zertifizierung bestand, durch kontinuierliche Information reduziert werden kann.

Die positive Entwicklung des Reha-Teams hing unmittelbar mit der Art und Weise der Vorbereitung der Mitarbeiter durch das QM-Team zusammen. Bei Fragen ist immer ein Ansprechpartner vor Ort gewesen, der die Mitarbeiter unterstützen konnte. Aufgrund der umfassenden und gleichzeitig individuellen Schulungen waren die Mitarbeiter bestmöglich vorbereitet, was ihnen die Angst vor der Visitation genommen hat. So konnte die gefährlichste Fehlerquelle, nämlich dass die Mitarbeiter nicht ausreichend vorbereitet sind, frühzeitig beseitigt werden.

Des Weiteren ist deutlich geworden, dass die Wahl des Zertifizierungsverfahrens nach KTQ-Reha die richtige gewesen ist. Dadurch, dass es sich um eine Erstzertifizierung gehandelt hat, wurde der Leitung des QM wie auch den Mitarbeitern ein Verfahren zur Seite gestellt, das ihnen grundlegende Strukturen und Abläufe vorgab und gleichzeitig mit den bestehenden zusammengepasst hat.

Die thematischen Frageschwerpunkte konnten im Verlauf der Arbeit alle geklärt werden. Dabei sind jedoch einige Aspekte aufgetreten, mit welchen sich die Klinik künftig näher auseinandersetzen muss. So ist der Wandel der Krankenhäuser von KTQ zu DIN ISO ein Thema, welches einer genaueren Auseinandersetzung bedarf.

Folgende weitere Fragestellung ergab sich aus der Identifikation der verschiedenen Berufsgruppen mit dem Qualitätsmanagement der Klinik: Aus welchen Gründen sind die Therapeuten und die Pflege engagierter bei der QM-Arbeit als die Ärzte? Ein interessanter Gedankengang, welcher für die Verbreitung des QM-Gedanken in der ganzen Klinik sicher von Bedeutung sein wird.

Künftig ist zu erwarten, dass bei entsprechender Motivation und persönlichem Einsatz der Beteiligten das Qualitätsmanagementsystem der BGU-LU zu einer Verbesserung der Prozesse und Abläufe der Klinik beitragen wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das QM-System der BGU-LU vielen anderen Kliniken voraus ist und sich somit sicher sein kann, den richtigen Weg zu gehen.

Literaturverzeichnis

ANDERS Heike. Expertengespräch. Stellvertretende QMB. BGU-LU. 06.06.2012.

ANDERS Heike/LOREI Dr. Wolfram/DINTELMANN Yvonne: KTQ-Verfahren lässt sich noch verbessern. Erfahrungen aus einem Rezertifizierungs-Projekt. Herausgegeben von Krankenhaus Umschau 2007. URL: http://www.zeq.de/fileadmin/redaktion/dokumente/Publikationen%20PDF/KU02-2007_KTQ-Verfahren-laesst-sich-noch-vereinfachen_070210.pdf [Stand 14.06.2012]

BAR Homepage: Der Regelungstatbestand. URL: <http://www.bar-frankfurt.de/2597.html> [Stand 24.05.2012]

BECKER Manfred: Personalentwicklung. Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis. Stuttgart 2005.

BERNER Winfried: Change! 15 Fallstudien zu Sanierung, Turnaround, Prozessoptimierung, Reorganisation und Kulturveränderung. Stuttgart 2010.

BRUNNER Martin: Japanische Erfolgsfaktoren. Kaizen, KVP, Lean Production Management, Total Productive Maintenance, Shopfloor Management, Toyota Production Management. München 2008.

BÖHRINGER Joachim/BÜHLER Peter/SCHLAICH Patrick: Kompendium der Mediengestaltung. Konzeption und Gestaltung für Digital- und Printmedien. Berlin/Heidelberg 2011.

BÜHNER Rolf: Mitarbeiterkompetenzen als Qualitätsfaktor. München 2004.

CONRADS Sonja/LANG Angela/LORENZ Dieter/OBERHÄUSER Barbara: Kommunikation und Management. München 2003

DEMING William: Out of the Crisis. Cambridge 1982.

DIN EN ISO Homepage. URL: <http://www.din.de/cmd?level=tpl-home&contextid=din> [Stand 20.06.2012]

DZIARNOWSKI Lutz/SCHÜTZE Stephan: Erfolgsfaktor Arbeitsklima. Köln 2007.

EFQM Homepage. URL: <http://www.efqm.org/en/> [Stand 20.06.2012]

GIETL Gerhard/LOBINGER Werner: Leitfaden für Qualitätsauditoren. Planung und Durchführung von Audits nach ISO 9001:2008. München 2009.

GRÖSCHEL Dr. Joachim. Expertengespräch. Stellvertretender QMB. BGU-LU.
15.06.2012

HOPPE Dr. Uwe. Expertengespräch. QMB. BGU-LU. 06.06.2012.

HOPPE Dr. Uwe. Expertengespräch. QMB. BGU-LU. 10.05.2012.

GRASSLER Alexander: Der Schlüssel zum Erfolg. Herausgegeben von DieWissensAgentur 2007. URL: <http://www.wissensagentur.net/der-schlüssel-zum-erfolg-255.html> [Stand 24.05.2012]

GROCHLA Erwin: Unternehmungsorganisation. Opladen 1983.

HIBBELER Birgt: Zertifizierung von Rehakliniken. Drei Jahre Schonfrist. Herausgegeben von Deutsches Ärzteblatt 2009. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/66792> [Stand 24.05.2012]

JOMEC Homepage: Vergleichstabelle KTQ – DIN ISO. Die Zertifizierungsverfahren mit ihren Vor- und Nachteilen. URL: <http://www.jomec.de/fachinformationen/qualitaetsmanagement/tabelle-zum-vergleich-ktq-mit-din-iso-unterschiede-vorteile-nachteile.html> [Stand 14.06.2012]

JOMEC Homepage: KTQ oder DIN ISO? Ein Vergleich für Ein- und Umsteiger. URL: <http://www.jomec.de/fachinformationen/qualitaetsmanagement/ktq-oder-din-iso-ein-vergleich-fuer-ein-und-umsteiger.html> [Stand 14.06.2012]

JOMEC Homepage: Fehler bei der KTQ-Zertifizierung vermeiden. Üben Sie Begehungen und kollegiale Dialoge bei der Probe-Visitation. URL: <http://www.jomec.de/fachinformationen/qualitaetsmanagement/probevisitation-mit-uebung-der-kollegialen-dialoge-vermeidet-fehler.html> [Stand 14.06.2012]

KAMISKE Gerd/BRAUER Jörg-Peter: Qualitätsmanagement von A bis Z. Wichtige Begriffe des Qualitätsmanagement und ihre Bedeutung. Wien 2011.

KASPER Nico: Qualitätsmanagement – Quo vadis? Vernetzung, Synchronisation und Kombination. Herausgegeben von das Krankenhaus 2011. URL: http://www.zeq.de/fileadmin/redaktion/dokumente/Publikationen%20PDF/Krankenhaus-11-11_2_Version_Nico_Kasper.pdf

KIESER Alfred/WALGENBACH Peter: Organisation. Stuttgart 2007.

KOSIOL Erich: Organisation der Unternehmung. 2. Auflage. Wiesbaden 1976.

KOTTER John: Leading Change. USA 1996.

KTQ GmbH/Fachexperten und KTQ-Visitoren. KTQ-Manual. KTQ-Katalog ab 2009. Version2. Krankenhaus. Berlin 2012.

KTQ Homepage: Verfahrensablauf KTQ-Verfahren. URL: http://www.ktq.de/fileadmin/media/intern/Zertifizierungsstellen/110722%20Verfahrensablauf%20KTQ_VerfahrenS.pdf [Stand 16.05.2012]

KÜHNLEIN Ute: BG Unfallklinik Ludwigshafen. Zahlen und Fakten auf einen Blick. Herausgegeben von Homepage BGU-LU 2010. URL: <http://www.bgu-ludwigshafen.de/unsere-klinik.html> [Stand 13.06.2012]

KUßMAUL Heinz: Betriebswirtschaftslehre für Existenzgründer. München 2008.

LAUTERBACH Karl/LÜNGEN Markus/SCHRAPPE Matthais (Hg.): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. Stuttgart 2009.

MARTIN Yvonne. Expertengespräch. Stationsleitung. BGU-LU. 12.05.2012

MASLOW Abraham: Motivation and personality. New York 1954.

NOÉ Manfred: Crash-Management in Projekten. Vorbeugen, Erkennen, Analysieren und Überwinden von Konflikten und Krisen. Erlangen 2006.

NOÉ Manfred: Vom Qualitätsmanager zum internen Managementberater. Die neuen Anforderungen souverän meistern. München 2010.

NOÉ Manfred: Der Effektive Projektmanager. Die Persönliche Komponente Im Projektmanagement. Erlangen 2009.

NORTH Klaus: Wissensorientierte Unternehmensführung. Wertschöpfung durch Wissen. Wiesbaden 2011.

O.V.: Prüfungsangst hat auch Vorteile. Herausgegeben von Spiegel Online 2004. URL: <http://www.spiegel.de/unispiegel/studium/examen-pruefungsangst-hat-auch-vorteile-a-324864.html> [Stand 12.06.2012]

PORTER Michael: Wettbewerbsvorteile. Spitzenleistungen erreichen und behaupten. Frankfurt am Main/New York 2010.

QM-TEAM. Expertengespräch. QM-Team. BGU-LU. 12.05.2012

RAAB Andrea/POOST Andreas/EICHHORN Simone: Marketingforschung. Ein praxisorientierter Leitfaden. 2009 Stuttgart.

ROSENSTIEL Lutz: Betriebsklima heute. Ludwigshafen am Rhein 1983.

SCHWILL Claudia: ISO 9000 im Krankenhaus „in“ oder „out“? Wie KTQ und EFQM mit der neuen DIN EN 9000:2000 zusammenpassen. Herausgegeben von Krankenhaus Umschau. 70. Jg. Nr. 11/2001.

SELBMANN Hans: Bewertung und Zertifizierung von Akut-Krankenhäusern in Deutschland. Herausgegeben von Bundesgesundheitsblatt. Bd. 47. Nr. 2/2004.

SOZIALGESETZBUCH Homepage. URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/107.html> [Stand 19.07.2012]

SPRENGER Reinhard: Mythos Motivation. Wege aus seiner Sackgasse. Frankfurt am Main 2002.

VAHS Dietmar: Organisation. Ein Lehr- und Managementbuch. Stuttgart 2009.

WALSH Basil. O.J.u.O.

WASSERMANN Otto: Das Intelligente Unternehmen. Prozesse Beschleunigen, Menschen Begeistern. Berlin/Heidelberg 2004.

ZEIT ONLINE: Gute Stimmung im Büro ist wichtiger als Geld 2012. URL: <http://www.zeit.de/karriere/beruf/2012-01/studie-betriebsklima> [Stand 15.05.2012]

ZEQ Homepage: Interviewverfahren zur Erstellung von Selbstbewertungsberichten. URL: <http://www.zeq.de/unternehmen/ideen/innovationen/interviewverfahren.html>, [Stand 15.07.2012]

ZEQ Homepage: Von KTQ ZUR ISO. Es gibt 1.000 gute Gründe – die Sie alle genau prüfen sollten! URL: <http://blog.zeq.de/nc/blog/blog-post/2012/03/07/von-ktq-zur-iso-es-gibt-1000-gute-gruende-die-sie-alle-genau-pruefen-sollten.html> [Stand 16.07.2012]

ZOBEL Dr. Jörg. Expertengespräch. Oberarzt REHA. BGU-LU. 15.06.2012.

Anlagen

Anhang A: Klinikleitbild.....	XVI
Anhang B: Reha-Leitbild	XVII
Anhang C: QM-Organigramm.....	XVIII
Anhang D: Mitarbeiterzeitung - Artikel "Zertifizierung der Rehaklinik verpflichtend" ..	XIX
Anhang E: KTQ-Info-Plakat.....	XX

Anhang A: Klinikleitbild



Leitbild Klinik

Unsere Leitidee

Mittelpunkt unserer Bemühungen ist der Patient. Wir sehen unsere humanitäre Aufgabe darin, die Würde des Patienten und seine Persönlichkeit zu achten und ihm bei seinen Problemen und Nöten in der Ausnahmesituation von Unfall und Rehabilitation beizustehen. Diese Bemühung ist für Klinikleitung und für Mitarbeiter gleichermaßen die Grundlage für unsere wirtschaftliche Existenz.

Optimale Therapie

Wir wollen die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung. Der Klinikträger wird darauf achten, dass die technische und personelle Ausstattung dem heutigen Stand entspricht. Wir wollen durch Fort- und Weiterbildung den fachlichen Standard auf höchstmöglichem Niveau sichern und wir werden nach Möglichkeiten der Steigerung unserer Effizienz und Qualität und Weiterentwicklung der Verfahren und Abläufe suchen.

Wirtschaftlichkeit

Wir wollen unseren Kostenträgern und Auftraggebern für unsere Leistungen nicht mehr an finanziellem Aufwand abverlangen, als nach Lage der Dinge unvermeidbar ist. Wir wollen unser Kostenbewusstsein schärfen und Wirtschaftlichkeitsreserven nutzen.

Kundenorientierung

Wir verstehen uns als Dienstleistungsunternehmen, das mit Patienten, Besuchern, Kostenträgern, einweisenden Ärzten und anderen Kunden und Partnern kooperativ und unter Achtung der gegenseitigen Interessen zum Wohle der Patienten zusammenarbeitet.

Kooperation und Kommunikation

Wir wollen motivierte und engagierte Mitarbeiter. Dazu brauchen wir einen kooperativen Führungs- und Arbeitsstil. Wir wollen Information und Kommunikation und das offene, aber auch selbstkritische Gespräch und ein Klima der Kooperation und Offenheit bei der gemeinsamen Arbeit, um unsere Organisation zu verbessern und unsere Ziele zu erreichen.

Anhang B: Reha-Leitbild



Leitbild Rehabilitation

Das Leitbild der BG Klinik ist die Grundlage unserer Arbeit in der Rehabilitation. Die darin formulierte Leitidee stellt den Patienten in den Mittelpunkt unseres Handelns. Daher fühlen wir uns den Zielen „Optimale Therapie“, „Wirtschaftlichkeit“, „Kundenorientierung“, „Kooperation und Kommunikation“ gleichermaßen verpflichtet.

Für die Rehabilitation ergeben sich daraus folgende Schwerpunkte:

Teilhabeorientierung

Hauptziele sind die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten und dessen umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dabei gilt unsere Aufmerksamkeit nicht nur der Verletzung, sondern auch dem beruflichen und privaten Umfeld des Patienten. Unsere Patienten sind eigenverantwortliche Partner, die aktiv an ihrem Gesundungsprozess beziehungsweise an ihrer beruflichen Wiedereingliederung mitwirken. Der persönliche und vertrauensvolle Kontakt zu unseren Patienten und deren Bezugspersonen ist uns wichtig.

Interdisziplinäre und interprofessionelle Teamarbeit

Die Mitarbeiter aller Berufsgruppen sind gleichberechtigte Partner im ärztlich geleiteten Rehabilitationsprozess. Eine strukturierte Informationsweitergabe und partnerschaftliche Entscheidungsfindung sind die Basis für die individuelle Lösung auch komplexer Aufgaben in der Rehabilitation.

Zusammenarbeit mit Kostenträgern

Wir streben eine intensive Zusammenarbeit mit den Kostenträgern an.

Eine unserer Stärken in der Rehabilitation ist hierbei die enge Vernetzung mit den Mitarbeitern der Unfallversicherungsträger, um gemeinsam eine optimale Heilverfahrenssteuerung zu gewährleisten.

Qualitätsmanagement

Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln beinhaltet die ständige Weiterentwicklung unserer Methoden und Therapieverfahren entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Als lernende Organisation gewährleisten wir herausragende Kompetenz und eine entsprechende Ausstattung in allen Fachbereichen.

Wir streben eine hohe Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit an. Unser Qualitätsmanagement trägt durch Planung, Überprüfung und Optimierung der Rehabilitationsprozesse wesentlich dazu bei.

Anhang C: Mitarbeiterzeitung – Artikel „Zertifizierung der Rehaklinik verpflichtend“

ZERTIFIZIERUNG DER REHAKLINIK VERPFLICHTEND

Erneut stellen wir uns der Herausforderung der Zertifizierung durch die KTQ. Vom 20. bis 22. Juni 2012 wird die Rehaklinik der BG Unfallklinik Ludwigshafen zertifiziert.

„Sind wir nicht erst 2013 wieder dran?“, wird sich der eine oder andere spontan fragen.

Richtig, wenn man an die Zertifizierung des Gesamthauses denkt. Obwohl die Rehaklinik im November 2010 bei der Zertifizierung mit eingeschlossen wurde, reicht dieses Zertifikat nicht mehr aus. Wieder einmal hat sich der Gesetzgeber etwas Neues einfallen lassen und verpflichtet deutschlandweit alle Rehakliniken zur Zertifizierung nach den BAR-Kriterien (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Rehakliniken, die diese Anforderung bis September 2012 nicht einhalten können, wird nach SGB IX der Versorgungsvertrag gekündigt. Das bedeutet konkret: „Kein Zertifikat, kein Geld!“ Aus diesem Grund lässt sich auch unsere Schwesterklinik, die BGU Tübingen, im Juli 2012 nach KTQ zertifizieren. Während wir uns ganz auf den Reha-Bereich konzentrieren können, steht unseren Kollegen zusätzlich die Zertifizierung des Gesamthauses bevor.

Für uns stellt die Zertifizierung jedoch nicht nur eine Verpflichtung dar, sondern in erster Linie die Chance, uns weiter zu verbessern und unser Können unter Beweis zu stellen. Die Vorbereitungen für die Zertifizierung im Juni haben wir bereits im Sommer 2011 mit einer Analyse mit unserem externen Berater, der ZeQ, begonnen. Daraus haben sich verschiedene Projekte ergeben, die im Rahmen von interdisziplinären Arbeitsgruppen bearbeitet und bereits größtenteils abgeschlossen wurden. Zur Erstellung eines Reha-Leitbildes

wurde eine Arbeitsgruppe gemeinsam mit Tübingen gegründet. Im Rahmen eines Workshops in Weinsberg wurde ein gemeinsames Reha-Leitbild als Ergänzung zum Klinikleitbild erarbeitet. Dieses ist im Intranet im QM-Hand-



buch, im Internet und auf Plakaten in der Klinik nachzulesen.

Für die Klinik für Hand- Plastische Chirurgie und die Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation wurden insgesamt 14 Indikationsspezifische Behandlungskonzepte (IBKs) entwickelt und in das Qualitätsmanagement-Handbuch gestellt. Dafür wurden Indikationsgruppen gebildet, die die Behandlungskonzepte abhängig vom jeweiligen Reha-Verfahren (z.B. BGSW und KSR) beschreiben. Des Weiteren wurde das bereits

vorhandene Reha-Konzept überarbeitet und um einige Punkte erweitert, um den Anforderungen der BAR zu genügen. Im Rahmen des Risikomanagements wurde ein anonymes Fehlermeldesystem eingeführt (CIRS Medical).

Um die Zertifizierung im Juni erfolgreich bestehen zu können, ist das Engagement nicht nur der Mitarbeiter im Reha-Bereich gefragt. Jeder einzelne kann dazu beitragen, dass uns dieses Unterfangen aufs Neue gelingt:



- Machen Sie sich noch einmal mit dem Intranet und dem QM-Handbuch sowie seinen Inhalten vertraut
- Tragen Sie die für Ihren Bereich festgelegte Dienstkleidung und Ihr Namensschild
- Achten Sie darauf, dass alle Pflichtfortbildungen und Einweisungen aktuell und dokumentiert sind
- Aktualisieren Sie Aushänge (Telefonlisten, Unterschriftenlisten etc.)
- Informieren Sie sich über Feuerlöscher und Fluchtwege.



Bis zur Zertifizierung stehen jedoch noch einige wichtige Termine an. Am 20. April fand ein Einführungsvortrag zum Thema CIRS Medical statt und am 10. sowie 11. Mai stellen sich ausgewählte Reha-Bereiche einer letzten Probevisitation durch die ZeQ. Etwa sechs Wochen vor der Visitation wird der Visitationsplan bekannt gegeben.

Dadurch haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit „Beinahe-Fehler“ zu melden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen. Aus den Meldungen können Maßnahmen zur Fehlervermeidung abgeleitet werden.


Da wir uns erneut nach KTQ zertifizieren lassen, wurde auch für den Reha-Bereich ein Selbstbewertungsbericht erstellt, aus dem sich weitere Maßnahmen ergaben. Diese müssen spätestens bis zur Zertifizierung erledigt sein – einige sogar früher!

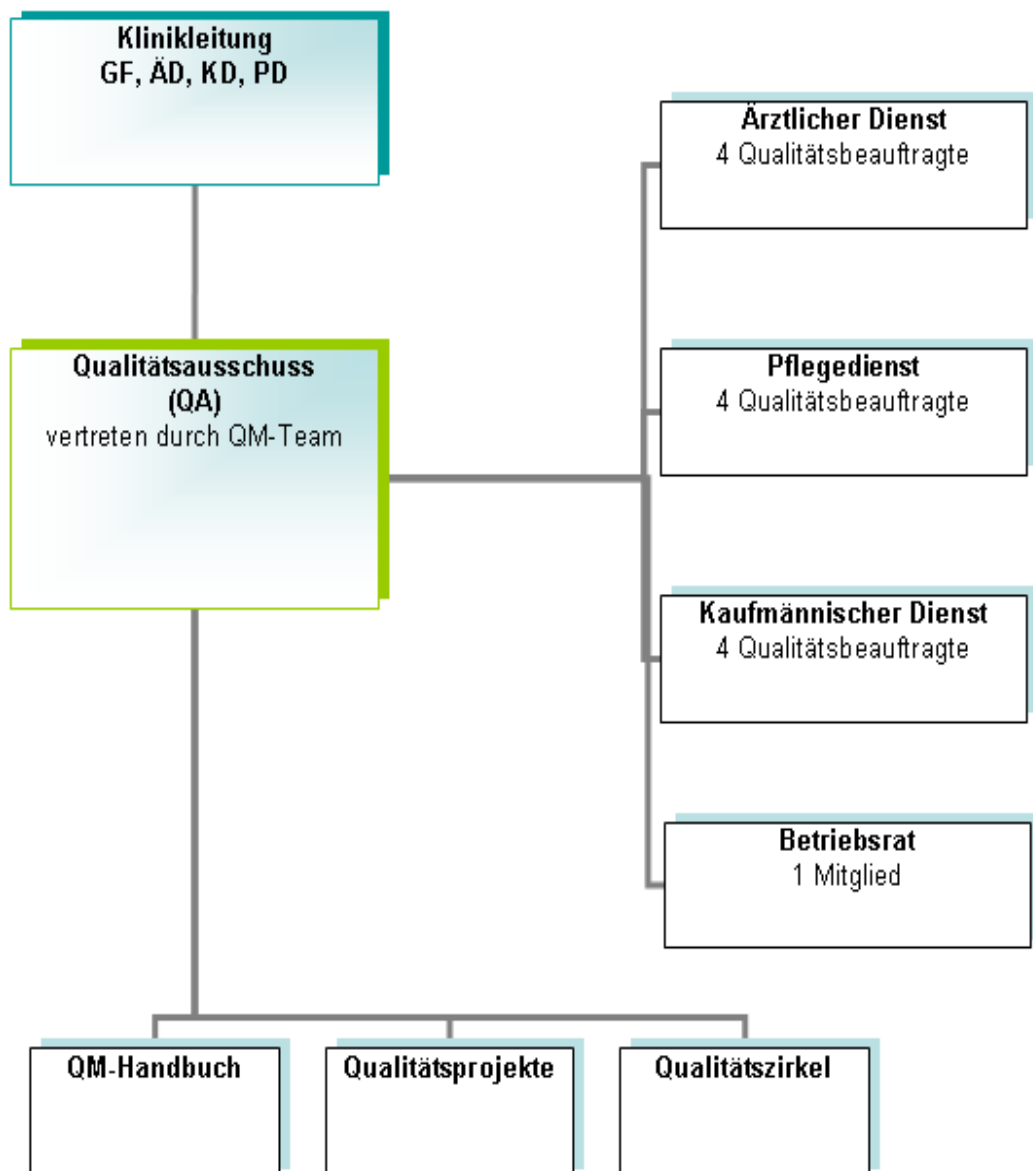
Jana Wasinger
Praktikantin Qualitätsmanagement

Bei Fragen steht Ihnen das QM-Team gerne zur Verfügung:

- Dr. Uwe Hoppe, Tel. 8709
- Dr. Joachim Gröschel, Tel. 8732
- Claudia Stork, Tel. 8515
- Heike Anders, Tel. 2739
- Jana Wasinger, Tel. 2651

Anhang D: QM-Organigramm

QM	Qualitätsmanagement Leitung Dr. U. Hoppe	 BG Klinik Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen
ORGANIGRAMM Qualitätsmanagement		



Ersteller	Freigeber	Freigabe	Revision	Dateiname	Seite
Hoppe, Groeschel, Stark	Hoppe	25.05.2012	0	QM_Organigramm.doc	1 von 1

Anhang E: KTQ-Info-Plakat



**„Wer aufhört, besser werden zu wollen, hat aufgehört, gut zu sein.“
Wir werden täglich besser und stellen dies vom 20. – 22. Juni 2012 unter Beweis!**

Nach der erfolgreichen Zertifizierung der Gesamtklinik im Jahr 2010, steht jetzt die KTQ-Zertifizierung im Bereich Rehabilitation an.

Wir sind dabei, die Verbesserungspotentiale in diesem Bereich zu erkennen, diese für uns zu nutzen und erfolgreich umzusetzen.

Wir haben bereits viel für die geplante Zertifizierung getan, sind jedoch noch lange nicht am Ziel angekommen und haben noch viel zu tun.

Bereiten Sie sich deshalb auf die Visitation vor, indem Sie sich bei Ihren Qualitätsbeauftragten informieren, die Informationen im Intranet lesen und die QM-Informationsveranstaltungen besuchen.

Gute Qualität ist eine Herausforderung!

Gemeinsam werden wir uns dieser Aufgabe stellen und sie erfolgreich meistern.

Ihre Ansprechpartner in Sachen KTQ-Zertifizierung sind:

Dr. Uwe Hoppe, Tel: 8709

Dr. Joachim Gröschel, Tel: 8732

Frau Claudia Stork, Tel: 8515

Die Mitglieder des Qualitätsausschusses

Die Qualitätsbeauftragten

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname